

- cording of morbidity. [By the Research Committee of the College of General Practitioners.] (1958) *J. Coll. gen. Practit.* 1, 107-128.
- Eimerl, T. S. and R. J. C. Pearson. Working time in general practice. How general practitioners use their time. (1966) *Brit. med. J.* II, 1549-1554.
- Fanning, D. M. Families in flats. (1967) *Brit. med. J.* II, 382-386.
- Fry, J. Twenty-one years of general practice - changing patterns. (1972) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 22, 521-528.
- Gray, D. J. Pereira. Feeling at home. (1978) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 28, 6.
- Hodgkin, G. K. Caravans as homes. (1960) *Brit. med. J.* II, 854-855.
- Illich, I. Medical nemesis. Calder & Boyars, London, 1974.
- Kuenssberg, E. V. An opportunity to learn. Occasional Paper 2. (1976) *J. roy. Coll. gen. Practit.*
- Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Department of Information, Ottawa, 1975.
- Mair, A. Sir James Mackenzie, MD, 1853-1925, general practitioner. Churchill Livingstone, Edinburgh etc., 1973.
- Mather, H. G., D. C. Morgan, N. G. Pearson et al. Myocardial infarction: a comparison between home and hospital care for patients. (1976) *Brit. med. J.* I, 925-929.
- Prospectus. Department of General Practice. University of Exeter, Exeter, 1977.
- Richman, N. Depression in mothers of young children. (1978) *J. roy. Soc. Med.* 71, 489-493.
- Social trends no. 6. Office of Population Censuses and Surveys. HMSO, London, 1975.
- Stevens, R. Medical practice in modern England. Yale University Press, New Haven etc., 1966.
- Underwood, E. A. Boerhaave's men: at Leiden and after. Edinburgh University Press, Edinburgh, 1977.

Nota Bene

Depressieve toestanden bij ouderen kunnen bedriegelijk gelijken op dementiële beelden. (Stelling bij het proefschrift Een vorm van systematiek in de verpleeghuisgeneeskunde, J. Trommel, Groningen 1979).

Der Hausbesuch in Deutschland

PROF. DR. K. SCHIFFNER

Zoals ook elders het geval is, daalt in Duitsland bij een stijgend aantal verrichtingen het aandeel van de huisbezoeken, zij het dat op het platteland de visites nog altijd een belangrijk deel van de dagtaak van de huisarts in beslag nemen. De auteur, docent in de huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Tübingen, acht het huisbezoek een wezenlijk deel van de taak van de huisarts: „Ihr musst ans Krankbett gehen, denn nur dort könnt Ihr etwas von der Krankheit lernen“.

Der Hausarzt in Deutschland

Der Begriff „Hausbesuch“ ist automatisch mit dem Begriff „Hausarzt“ in Verbindung zu bringen. Dieser Letztere bedeutet in Holland etwas anderes als bei uns. Zur Begriffsklärung ist Folgendes zu sagen: Bis zum Jahre 1970 entsprach dem holländischen „Huisarts“ in Deutschland der praktische Arzt. Diese Bezeichnung konnte sich jeder approbierte Arzt mit der Niederlassung zulegen. Für die Behandlung von Kassenpatienten waren vorher 18 Monate Vertreter- oder Assistentenzeit in Krankenhäusern und bei einem freipraktizierenden Kassenarzt erforderlich.

1970 wurde die Allgemeinmedizin durch die Weiterbildungsordnung zu einem eigenen Fach so wie andere Spezialfächer. Dieser Arzt für Allgemeinmedizin braucht eine vierjährige Weiterbildung nach Studienabschluß mit festgelegten Zeiten für Innere Medizin und Chirurgie und einer mindestens vierteljährlichen Weiterbildungszeit bei einem Allgemeinarzt. Die Weiterbildung dieser Allgemeinärzte, die den früheren Praktiker ablösen sollen, stößt auf Schwierigkeiten. Dies deshalb, weil für die weit über den Bedarf hinausgehende Zahl der Medizinstudenten in Deutschland bei einer gleichzeitigen Reduzierung von Assistentenstellen an den Krankenhäusern die nötigen Weiterbildungsstellen fehlen. Wir haben bei einem Ersatzbedarf von 6 bis 7.000 Ärzten jährlich zur Zeit. Studentenzahlen von 12-13.000.

Ab 1980 gibt es nach den Bestimmun-

gen der Europäischen Gemeinschaft keine Verpflichtung zu einer Krankenhaus-tätigkeit vor der Niederlassung mehr. Es besteht daher die Gefahr, daß sich junge Ärzte ohne oder mit nur sehr kurzdauernder Krankenhaus-tätigkeit gleich nach Erhalt der Approbation niederlassen, da die entsprechenden Weiterbildungsstellen fehlen. Dies bedeutet, daß sie auch zur Behandlung von Kassenpatienten zugelassen werden müssen, da ein Rechtsanspruch auf Zulassung besteht.

Dazu kommt eine weitere Tatsache. In den letzten Jahren haben sich eine große Zahl junger Ärzte zu Internisten weitergebildet. Diese Zahl übersteigt bei weitem sowohl den Bedarf der Krankenhäuser an Internisten als auch den Bedarf der freien Praxis an dieser Arztgruppe, soweit man darunter konsiliarisch tätige Fachärzte versteht. Ich muß noch ergänzen, daß in Deutschland die ambulante Versorgung sowohl von Allgemeinpraktikern als auch von Fachärzten durchgeführt wird, letztere also nicht nur an Krankenhäusern tätig sind. Die große Zahl von Internisten hat nun zur Zeit an Stelle der aufgrund ihrer Altersschichtung ausscheidenden Praktiker Hausarztfunktionen übernommen. Ähnliches gilt für die Kinderärzte für deren Arbeitsbereich. So faßt man unter dem Begriff „Hausarzt“ in Deutschland die Allgemeinpraktiker, sowie die hausärztlich tätigen Internisten und Kinderärzte zusammen.

Entwicklung der Hausbesuche

Frühere Hausarztgenerationen haben ihre Tätigkeit weitgehend in Form von (1979) *huisarts en wetenschap* 22, 483

Hausbesuchen ausgeübt. Die Gründe dafür sind leicht verständlich. Erstens ist der Hausarzt geschichtlich aus dem früheren Leibarzt hervorgegangen und diese auf eine dünne Oberschicht sich erstreckende Tätigkeit wurde später auf das wohlhabende Bürgertum in der gleichen Form ausgedehnt. Zweitens waren die Patienten vor dem raschen Anstieg der Motorisierung schlecht beweglich und drittens boten die Praxen keine wesentlich besseren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, als sie dem Arzt beim Hausbesuch zur Verfügung standen. Mit der Ausdehnung der Sozialversicherung änderte sich dieses Bild. Während noch 1883 nur 10 Prozent der Bevölkerung sozialversichert waren und die Bevölkerung ärztliche Hilfe in viel geringerem Maße in Anspruch nahm als heute, sind jetzt in der Bundesrepublik Deutschland 93 Prozent der Bevölkerung sozialversichert und haben damit die Möglichkeit, mit einem Krankenschein sowohl einen Allgemeinarzt als auch einen Facharzt aufzusuchen, die dann wieder bei Bedarf zu Ärzten anderer Fachsparten überweisen können. Mit diesem Anstieg der Sozialversicherten und der allgemeinen Entwicklung auf dem Gesundheitssektor wuchs verständlicherweise der Umfang der benötigten ärztlichen Leistungen stark an, so daß eine ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Form der Besuchstätigkeit am Zeitproblem scheitern mußte. Dazu kam, daß durch den Ausbau der Praxen und ihrer Einrichtung mit EKG, Labor, operativen Möglichkeiten, Bestrahlungen und vor allem der Mitarbeit von Arzthelferinnen die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erheblich besser wurden als beim Hausbesuch. Außerdem wurde die Klientel durch die zunehmende Motorisierung beweglicher und die Organisation der Wartezimmer durch Bestellsysteme ermöglichte es, auch Patienten mit Fieber oder mit stärkeren Schmerzen in die Praxen kommen zu lassen, was bei langen Wartezeiten nicht möglich wäre. So hat sich die Zahl der Hausbesuche auf ein - wie ich meine - sinnvolles Maß eingependelt. In der Bundesrepublik werden jährlich etwa 51 Millionen Hausbesuche durchgeführt. Der anteilmässige Umfang der Besuchstätigkeit von Allgemeinpraktikern, Internisten und Kinderärzten geht aus der nachfolgenden Aufstellung hervor (Tabelle 1). Mit diesen auf Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung basierenden Zahlen stimmen Ergebnis-

Tabelle 1. Anteilmässiger Umfang der Besuchstätigkeit (Bundesrepublik Deutschland 1977).

Zahl der Ärzte		Zahl der Besuche
Praktiker (N = 24.594)	71%	91%
Internisten/ Kinderärzte (N = 9.706)	29%	9%

se von Jork, Schrömbgens und eigene Erhebungen (Schiffner) weitgehend überein. Auf den einzelnen Arzt umgerechnet erbrachte ein Allgemeinarzt im Quartal 525 Besuche, ein Facharzt 63 Besuche.

Nach der Verdenstudie (Moehr und Haehn) geht hervor dass im Durchschnitt die Praxis die Wohnung des Patienten als Ort der Behandlung weitgehend übersteigt. Das Verhältnis ist etwa 9:1. Es ergaben sich jedoch erhebliche Unterschiede zwischen die einzelnen untersuchten Praxen (Tabelle 2).

Tabelle 2. Ort der Patientenbehandlung (Moehr und Haehn).

Praxis	87%	(97 bis 58%)
Wohnung des Patienten	12%	(38 bis 2%)
Anderswo (Unfallort)	1%	(4 bis 0%)

Aus einer Untersuchung von Höver lassen sich die Unterschiede zwischen Allgemeinärzten in Grossstadt-, Mittelstadt- und Landpraxis hinsichtlich der Häufigkeit von Besuchstätigkeit ableiten (Tabelle 3).

Tabelle 3. Häufigkeit von Besuchstätigkeit beziehungsweise zurückgelegte Fahrtstrecken pro Quartal (Höver).

Allgemeinärzte in der Grossstadt	178 Besuche - 29 km
Allgemeinärzte in der Mittelstadt	379 Besuche - 299 km
Landärzte	479 Besuche - 620 km

Gründe für den Hausbesuch

Die Gründe für den Hausbesuch sind medizinischer, ärztlich-menschlicher, rechtlicher und wirtschaftlicher Art. Medizinische und ärztlich-menschliche Gründe sind selbstverständlich nicht scharf zu trennen. Ich meine aber, daß in einzelnen Fällen doch der objektiv medizinische Gesichtspunkt überwiegt, in anderen Fällen die ärztlich-menschliche Betreuungsaufgabe. Wir

erkennen das beim Prüfen der Gründe, die zu einem Hausbesuch führen.

Beim Akutkranken ist es häufig das Leitsymptom Fieber und/oder Schmerz. Hier stehen Virusinfekte im Vordergrund, exanthematische Kinderkrankheiten, Infektionen der oberen Luftwege, cardiovasculäre Störungen, Gastroenteritiden, Entzündungen und Koliken von Seiten der Gallenblase und der Harnwege sowie andere intraabdominelle Störungen. Unfälle mittleren Schweregrades sind ebenfalls Ursache für Hausbesuche, während schwere Unfälle oft sofort von der Unfallstelle von erfahrenen Unfallsanitätern in die Krankenhäuser gebracht werden.

Bei den chronisch Kranken handelt es sich im allgemeinen um alte, multimorbide und schwer transportable Patienten, die einer ärztlichen Dauerbetreuung bedürfen. Bei dem Trend, alte Menschen in Heime abzuschicken, ist es sehr wichtig, nach Möglichkeit darauf hinzuwirken, daß diese in ihrem persönlichen beziehungsweise familiären Milieu bleiben können und den Kontakt zur jüngeren Generation haben. Im sterilen Milieu des Pflegeheimes fühlen sie sich oft ausgegliedert und an der Endstation des Lebens befindlich, während sie im persönlichen Milieu zufriedener sind und ihr Leben als noch lebenswert empfinden. Der Arztbesuch in Alten- und Pflegeheimen ist für viele chronisch Kranke einer der wenigen - oft der einzige - Kontakt zur Außenwelt und der Arzt bildet in diesen Fällen eine Art Familienersatz. Selbstverständlich fallen auch jüngere chronisch kranke Patienten an. Ich denke an Patienten mit Multipler Sklerose, Querschnittslähmungen und in Carcinomendstadien.

Die 6 häufigsten Gründe für einen Hausbesuch ergeben sich aus Tabelle 4.

Mit der zunehmenden Bedeutung, die wir in den letzten Jahren der medizinischen Psychologie und Soziologie beimessen, hat der Hausbesuch eine Aufwertung erfahren. Noch vor Jahren wurde vielfach die Meinung vertreten, daß er überflüssig und unrationell sei

Tabelle 4. Häufigste Gründe für Hausbesuche.

Infekte der Luftwege	41%
Herz-Kreislaufstörungen	34%
Magen-Darm-Erkrankungen	8%
Bewegungsapparat	7%
Apoplexiefolgen	5%
Gallenbeschwerden	4%

und man jeden Kranken in die Praxis oder in ein Krankenhaus bringen könne. Wir meinen, daß der Ausspruch des Engländers Thomas Sydenham aus der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts in abgewandelter Form auch heute richtig ist. Er sagte: „Ihr müßt ans Krankenbett gehen, denn nur dort könnt Ihr etwas von der Krankheit lernen“. Dort erhält man einen Einblick in die Wohn- und Familienverhältnisse, die Nachbarschaft, die Eß- und Diätgewohnheiten des Patienten. Aus leeren Bierflaschen und gefüllten Aschenbechern lassen sich Rückschlüsse auf den Alkohol- und Zigarettenkonsum ziehen. Dies rundet das Gesamtbild des Patienten gegenüber unseren Sprechstundeneindrücken in wirkungsvoller Weise ab. Wir erkennen die Ursachen für psychische Konfliktsituationen, für Pflegeprobleme, für die Einmischung Dritter in die ärztliche Behandlung oder für die Gründe einer Vereinsamung, die heute vielfach nicht nur alte Menschen betrifft, sondern gerade in Großstädten auch junge Patienten.

Rechtliche Verpflichtungen für einen Hausbesuch bestehen einerseits auf gesetzlicher Grundlage. Es besteht die Gefahr, bei Ablehnung eines angeforderten Hausbesuches wegen unterlassener Hilfeleistung oder Fehlbehandlung bestraft zu werden. Andererseits ist in einer Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärzte festgelegt, daß nur Patienten besucht werden müssen, denen es „nicht möglich oder nicht zumutbar“ ist, den Arzt aufzusuchen. Über den Begriff des „Zumutbaren“ können verständlicherweise die Meinungen recht auseinandergehen. Im allgemeinen ist dabei wohl an alte, multimorbide, schwer bewegliche Menschen gedacht. Abgesehen von Notfällen, können Ärzte Besuche ablehnen, wenn sie überlastet sind oder der Patient nicht im üblichen Praxisbereich wohnt.

Diesen Praxisbereich kann der Arzt primär selbst abgrenzen, um nicht durch eine intensive und räumlich ausgedehnte Besuchstätigkeit zu stark an der Sprechstundentätigkeit behindert zu werden. Diese Selbstabgrenzung der Praxisbereiche darf natürlich nicht dazu führen, daß in Landgebieten einzelne Dörfer ohne Besuchsbehandlung bleiben. In derartigen Fällen greift die Kassenärztliche Vereinigung regulierend ein.

Die Hausbesuche werden vor allem - wie schon erwähnt - von den Allgemeinpraktikern, den hausärztlich täti-

gen Internisten und Kinderärzten ausgeführt. Andere Fachärzte müssen Hausbesuche nur dann machen, wenn sie selbst den Krankenschein des betreffenden Patienten haben und es sich um einen Notfall auf ihrem Fachgebiet handelt, also zum Beispiel beim Dermatologen einen schweren urtikariellen Zustand. Des weiteren sind sie zur Besuchsbehandlung verpflichtet, wenn sie vom Hausarzt um einen Besuch gebeten werden und auf ihrem Fachgebiet eine Besuchsbehandlung weiter erforderlich ist.

Wirtschaftliche Gesichtspunkte sprechen ebenfalls für die Durchführung von Hausbesuchen, denn bei stationärer Einweisung in ein Krankenhaus liegen die Kosten pro Patient und Tag um DM 200,- während der Hausbesuch einschließlich einer eingehenden Untersuchung mit etwa DM 40,- honoriert wird. Dazu kommen noch Gebühren für die zurückgelegten Wege. Auch für den Arzt selbst spielt der wirtschaftliche Gesichtspunkt eine Rolle, denn bei einer zu restriktiven Handhabung seiner Besuchstätigkeit muß er damit rechnen, daß sich seine Klientel vermindert.

Beim Arzt angeforderte Besuche müssen von ihm selbst ausgeführt werden, das heißt er kann sie nicht an Gemeindeschwestern oder die Schwestern von Sozialstationen delegieren. Er kann sie allerdings auf ärztliche Anweisung zu pflegerischen Leistungen beziehungsweise intramuskulären oder subcutanen Injektionen oder Verbinden tätig werden lassen. Arzthelferinnen dürfen gleichfalls keine Hausbesuche machen, es sei denn, um in Einzelfällen Blutabnahmen oder Verbände durchzuführen. Davon wird wenig Gebrauch gemacht, da diese Besuche im allgemeinen nicht vergütet werden.

Über den Zeitaufwand für einen Hausbesuch schwanken die Angaben in der Literatur erheblich, da dieser offenbar von der Art der persönlichen Praxisführung und der Lage der Praxis beziehungsweise des Versorgungsgebietes abhängig ist. Persönlich rechne ich an Zeitaufwand für 3 bis 4 Besuche 1 Stunde und finde diese Angabe auch in der Literatur als Durchschnitt bestätigt. Dabei erfolgt häufig noch eine zusätzliche Konsultation für den Ehepartner bei älteren Ehepaaren oder in Familien mit Kindern für ein weiteres Kind.

Die Zahl der Besuche ist in den letzten Jahren im allgemeinen zurückgegangen, besonders die der Nacht- und

Sonntagsbesuche. Die Ursache dafür ist sicher komplexer Art.

Ein wesentlicher Faktor dürfte neben den schon genannten Gründen die Tatsache sein, daß die meisten Ärzte von einem hierarchischen oder patriarchalischen Umgang mit den Patienten zu einem partnerschaftlichen Verhältnis gefunden haben und dieses Verhältnis eine gegenseitige Fairneß induziert. Ein autoritäres Verhalten des Arztes provoziert offenbar einen Machtkampf zwischen dem Patienten und dem Arzt. Da dieser Machtkampf nicht auf dem Gebiet des Fachwissens ausgetragen werden kann, versucht der Patient in diesem Rollenspiel besonders beim Vorliegen sozialer Unterschiede sein Recht auf einen Hausbesuch zu demonstrieren. Dabei will er oft sein Prestige in der eigenen Umgebung aufwerten. Die Zahl der Hausbesuche wird man auch dadurch in Grenzen halten können, daß man den Patienten und den Angehörigen möglichst genaue Voraussagen über den weiteren Verlauf der Erkrankung macht und sie bitet, bei Abweichung von dieser Voraussage einen nochmals zu verständigen. Ich denke da zum Beispiel an Morbilli, bei denen die Mütter verständlicherweise beunruhigt sind und einen neuen Besuch erwarten, wenn bei der Diagnose aufgrund der Koplik'schen Flecken der am nächsten Tag mit Ausbrechen des Exanthems zu erwartende stärkere Fieberanstieg nicht vorhergesagt wurde.

Zwei Entwicklungslinien

Im Laufe eines nun fast vierzigjährigen Arztlebens habe ich verschiedenartige Tätigkeiten in Klinik, Gesundheitsverwaltung und Praxis ausgeübt. Wenn nicht gerade in Grippezeiten eine zu große Zahl von Besuchen unter Zeitdruck und mit dem unguuten Gefühl einer Diagnostik nach Wahrscheinlichkeit erfolgen muß, gehört der Hausbesuch zu den Tätigkeiten, die ich mit Freude erfülle. Nirgends tritt der Arzt in so starkem Maße in seiner Funktion als Helfer in Erscheinung wie beim Hausbesuch. Nirgends gewinnt er so umfassende Informationen über die Gesamtpersönlichkeit seiner Patienten.

Ich möchte mich dazu äussern, wie es in Zukunft wird. Ich bin kein Futurologe und kann daher keine sicheren Vorhersagen machen, sondern nur Tendenzen aufzeigen. In dieser Hinsicht sehe ich zwei Entwicklungslinien, die einander entgegenlaufen. Bei den jün-

geren Kollegen habe ich in den letzten Jahren vielfach den Eindruck, daß sie Hausbesuche nicht gerne machen, da sie zu zeitaufwendig und wirtschaftlich wenig ertragreich sind. Es besteht kein Zweifel, daß eine Diagnostik mit apparativen und labormässigen Einsatz in der Praxis einen besseren wirtschaftlichen Ertrag bringt. Auf der anderen Seite wird die zunehmende Zahl der sich niederlassenden Ärzte dazu führen, daß diese sich mehr um Ihre Patienten kümmern müssen, um eine ausreichend große Klientel zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes zu haben. Ich hoffe jedoch, daß nicht vordergründig wirtschaftliche Gesichtspunkte wieder zu einer Zunahme der Hausbesuche führen, sondern vor allem ein stärkeres Empfinden für den Patienten als kranke Gesamtpersönlichkeit, das in der stark technisierten und unpersönlichen Atmosphäre vieler großer Kliniken zwischen Computern und Autoanalysen leider verloren zu gehen droht. So gesehen halte ich den Hausbesuch für einen unverzichtbaren Bestandteil einer humanen Hausarzt-tätigkeit.

Summary. House calls in Germany. This paper first discusses the different family doctor concepts in The Netherlands and the Federal Republic of Germany, and the problems which arise from the large number of medical students. Advances in medicine and expansion of the social security system have led to a rapid increase in medical activity. As a result, the previously intensive activity in house calls has diminished as compared with consulting-room treatment. Of about 51 million house calls now annually made in the Federal Republic, some 91 percent are made by general practitioners, and 9 percent by internists and paediatricians. In general practice, the ratio between house calls and consulting-room treatment is 9 : 1. Medical, humane, legal and economic arguments in favour of house calls are discussed. In view of the increasing importance of medical psychology and sociology in the treatment of patients, a future increase in house calls is considered likely.

Höver, E. Hausbesuch. (1978) Z. Allgemeinmedizin 54, 1173-1178.

Jork, K. Hausbesuche als Spezifität der Allgemeinmedizin. (1977) Z. Allgemeinmedizin 53, 1162-1168.

Moehr, J. R. und K. D. Haehn.

(1979) huisarts en wetenschap 22, 486

Literatuur over het huisbezoek

PROF. DR. G. J. BREMER*

De eerste publikaties in de Engelse en Nederlandse literatuur over het huisbezoek of de visite van de huisarts dateren uit de jaren 1955-1965. Sindsdien is het nodige over het onderwerp geschreven, zij het in slechts geringe mate door huisartsen. Een kort overzicht van een aantal veranderde inzichten, zoals die in de literatuur naar voren komen.

In de eerste publikaties ging het vooral om kwantitatieve gegevens. Zo melden *Van der Hoeven en Hogerzeil* dat omstreeks 1965 ongeveer zes visites per duizend patiënten per dag werden afgelegd. Het quotiënt van het aantal consulten en het aantal visites (c/v-quotiënt) bedroeg toen ongeveer 2.

Een nauwkeuriger onderzoek van het huisbezoek vond eerst plaats toen het aantal huisbezoeken ging teruglopen. De frequentie verminderde zodanig dat er zelfs huisartsen waren die beweerden dat het huisbezoek afgeschafd moest worden en zij wezen daarbij op de U.S.A., waar de dokters ook bijna niet meer bij de patiënten thuis komen. Er ontstonden bij de artsen polaire standpunten zonder dat nog duidelijk werd geformuleerd waarom men een bepaald standpunt huldigde. In ieder geval was er nog weinig sprake van onderzoek op dit gebied.

Toen kwamen er publikaties waaruit bleek dat er duidelijk te veel huisbezoeken werden afgelegd, dat de indicaties niet duidelijk waren omschreven,

* Hoogleraar huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen, destijds Lector huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.

dat het niet economisch was om te veel huisbezoeken af te leggen en dat goedkopere krachten beter dit werk van de huisarts konden overnemen (*Huygen e.a.; Saan*). In vrijwel identieke situaties waren er huisartsen die veel en huisartsen die weinig huisbezoeken maakten. Men deed pogingen om de zaak te objectiveren: het lag aan de praktijk, het lag aan de dokter en men ontdekte dat er bepaalde indicaties bestaan voor een huisbezoek: indicaties waar iedereen het mee eens is en indicaties waar men over kan discussiëren.

Pas toen bleek dat er over het onderwerp weinig gepubliceerd was. In het register van „huisarts en wetenschap” komt het woord „huisbezoek” in 1967 voor het eerst eenmaal voor, daarna pas weer negen jaar later, in 1976 (weer eenmaal). In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde staan de woorden „huisbezoek” en „visite” niet in het register. De rubriek „huisbezoek” verschijnt in de cumulatieve Index Medicus voor het eerst in 1968.

Hoewel er door huisartsen weinig systematisch over het huisbezoek is gepubliceerd, zijn alle auteurs het erover eens: het aantal huisbezoeken is de

Verdenstudie. Strukturanalyse algemeenmedizinscher Praxen. Schriftenreihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, VII, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1977.

Schiffner, K. Fehldeutungen und Fehl-diagnosen in der Allgemeinpraxis bei Hausbesuchen. (1979) Z. Allgemeinmedizin 55, 860-863.

Schrömbgens, H. H. Der Hausbesuch in der allgemeinärztlichen Praxis. (1972) Therapiewoche 22, 1365.