

# Zahl, Dauer und Inhalt der Konsultationen in schweizerischen Arztpraxen

Eine Studie über die ambulante ärztliche Versorgung in der Schweiz<sup>1</sup>

Th. Abelin<sup>2</sup> und H.-R. Messerli<sup>3</sup>

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

## 1. Einleitung

Die Rechnungsstellung des Arztes an die Krankenkassen erfolgt aufgrund seiner Angaben über die durchgeführten Konsultationen und die dabei erbrachten besonderen Leistungen. Grundsätzlich werden dabei die Tarife so festgelegt, dass sich insgesamt ein der erbrachten Leistung entsprechendes gerecht verteiltes Ärztteeinkommen ergibt. In den letzten Jahren ist jedoch die Tarifstruktur in der Schweiz vermehrt kritisiert worden. Vor allem wurde festgestellt, dass gewisse technische Leistungen – wie etwa Röntgenaufnahmen und Elektrokardiogramme – unverhältnismässig höher honoriert werden als die traditionellen Grundleistungen – wie Hausbesuche oder klärende Gespräche –, die eher die psychosozialen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigen. Die Hypothese besagt, dass der Arzt, der sich den psychosozialen Bedürfnissen der Patienten besonders annehmen will, der bei Berufskrankheiten und Suchtproblemen den Ursachen auf den Grund gehen und dazu die Arbeitsplatz- und Familienverhältnisse näher ergründen will, bei einer solchen Tarifgestaltung mit einem geringeren Einkommen rechnen muss. Hat ein jüngerer Arzt seine Praxis und sein Wohnhaus dem üblichen Standard entsprechend eingerichtet und dabei erhebliche Kredite aufgenommen, so wird er dieser Hypothese entsprechend aus Gründen des wirtschaftlichen Überlebens auch die Erbringung technischer Leistungen in seine Tätigkeit einbauen müssen. Auf Überweisungen an spezialisierte Kollegen zur Erbringung der technischen Leistungen muss er aus wirtschaftlichen Überlegungen weitgehend verzichten. Eine Strukturierung der ambulanten ärztlichen Versorgung in eine primäre und eine sekundäre Stufe wird dadurch verhindert.

Falls diese von den Kritikern der heute geltenden Tarifordnung benützte Hypothese stimmt, so hat die ärztliche Tarifstruktur also einen tiefgreifenden Einfluss nicht nur auf die Art der Praxisführung, sondern auch auf die Art der Arbeitsteilung innerhalb der Ärzteschaft und schliesslich auf die Art der Dienstleistungen, die die Bevölkerung vom Arzt zu erwarten hat.

Eine kritische Überprüfung der Hypothese ist jedoch

bis vor kurzem mangels einheitlicher statistischer Unterlagen weitgehend ausgeblieben, und erst in den letzten Jahren sind in verschiedenen Ländern Anstrengungen unternommen worden, um differenzierte Kenntnisse über Konsultationszahlen, Konsultationsdauer, erbrachte Leistungen und ähnliche Parameter der ärztlichen Tätigkeit zu gewinnen. Vor allem bekanntgeworden ist die amerikanische «*National Ambulatory Medical Care Survey*», wo laufend zufällige Stichproben von praktizierenden Ärzten auf einheitlichen, strukturierten Meldeblättern Angaben über ihre Konsultationen zur statistischen Auswertung zur Verfügung stellen [9].

Seit 1973 führt das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern in Zusammenarbeit mit der Forschungsgemeinschaft für praktische Medizin und finanziell unterstützt vom Nationalfonds ein Forschungs- und Entwicklungsprogramm durch, um auch für die Schweiz statistische Unterlagen über die ambulante ärztliche Praxis zu gewinnen. Nach mehreren Vorstudien wurde im Jahre 1978 nach dem Muster der amerikanischen *National Ambulatory Medical Care Survey* eine vergleichbare schweizerische Repräsentativerhebung der ärztlichen Tätigkeit unternommen. Zweck dieser Arbeit ist es, das Projekt vorzustellen und anhand einiger Resultate darzulegen, wie versucht wird, zu einem besseren Überblick über die ärztliche Praxis in der Schweiz und die Zusammenhänge zwischen Tarifstruktur und Praxistätigkeit zu gelangen.

## 2. Methode

Die Methode ist bereits andernorts beschrieben worden [2]. Kurz zusammengefasst wurde wie folgt vorgegangen:

Aufgrund des Schweizerischen Medizinischen Jahrbuches 1977 [7] wurde eine nach ärztlicher Spezialisierung unproportional geschichtete Stichprobe der praktizierenden Ärzte aller Landesteile der Schweiz gezogen und zur Mitarbeit am Projekt eingeladen. 379<sup>4</sup> Ärzte aus 15 Spezialisierungen nahmen teil.

Im Jahre 1978 wurden, übers Jahr verteilt, 6 Meldeperioden von je 2 Wochen Dauer bestimmt, und die teilnehmenden Ärzte wurden zufällig einer der für sie möglichen Perioden zugeteilt. Während der Meldeperiode hatten sie für jede 7. Konsultation ein Meldeblatt auszufüllen und uns zuzustellen.

<sup>1</sup> Unterstützt durch einen Forschungsbeitrag (Nr. 3.829-0.76) des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.

<sup>2</sup> Prof. Dr. med., Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Inselspital, CH-3010 Bern.

<sup>3</sup> Dr. med., Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.

<sup>4</sup> Die Zahl wurde gegenüber früheren Publikationen [1, 2] korrigiert, nachdem sich herausstellte, dass ein Arzt nicht mitgezählt worden war.

Das Meldeblatt war ähnlich aufgebaut wie dasjenige der amerikanischen National Ambulatory Medical Care Survey. Um die Anonymität des Patienten zu bewahren, enthielt das ausgefüllte Meldeblatt für jeden Patienten anstelle des Namens eine Identifikationsnummer. Da der Arzt einen Abschnitt mit Namen und Identifikationsnummer der Patienten zurückhielt, waren später Rückfragen für Ergänzungen trotzdem möglich.

Die Meldeblätter enthielten Angaben über folgende Teilaspekte der Konsultationen:

1. Sozio-demographische Merkmale der Patienten (Geburtsdatum, Geschlecht, Nationalität)
2. Merkmale der Konsultation (Datum, Erstkonsultation, Notfall, Hausbesuch, Dauer)
3. Grund der Konsultation (kodierte gemäss der Klassifikation der Symptome der National Ambulatory Medical Care Survey) [5]
4. Diagnose (kodierte nach International Classification of Health Problems in Primary Care, ICHPPC) [10]
5. Diagnostische und therapeutische Leistungen (anhand einer zusammenfassenden Checkliste)

Bei der nun folgenden Präsentation von Ergebnissen haben wir uns auf 4 Spezialitäten beschränkt, nämlich auf Allgemeinmedizin und Pädiatrie als Vertreter der primären Medizin, auf Neurologie als Vertreter eines «ausgesprochenen Spezialfachs» sowie auf Chirurgie. Daneben vermitteln wir einige Ergebnisse, die sich auf alle Spezialitäten gesamthaft beziehen, wobei diese Resultate wegen der unproportionalen Schichtung der Stichprobe korrigiert wurden. Insgesamt stützen wir uns auf Meldungen von 13460 Konsultationen.

### 3. Resultate

Vorerst soll kurz dargestellt werden, wie die ambulanten Patienten in der Schweiz nach Alter und Geschlecht verteilt sind, wobei wir die Ergebnisse mit solchen aus den USA vergleichen wollen. Sodann folgt eine Analyse der zeitlichen Belastung der praktischen Ärzte, sowie die Untersuchung der Frage, inwieweit in der ärztlichen Praxis Leistungen erbracht werden, die zwar indiziert sind, jedoch nicht zusätzlich honoriert werden.

#### a) Verteilung der Patienten nach Alter und Geschlecht

Wie Tabelle 1 zeigt, betrifft in der Schweiz etwa eine Konsultation von sieben ein Kind unter 15 Jahren, und eine Konsultation von fünf einen Betagten von 65 Jahren oder mehr. Unter den Patienten in den USA befinden sich etwas mehr Kinder, dafür aber weniger Betagte als in der Schweiz. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung sind Kinder in ambulanter Behandlung untervertreten, während die Betagten deutlich übervertreten sind. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Konsultationen nicht nur um Erstkonsultationen, sondern auch um Kontrollen bei chronischen Krankheiten handelt.

Tabelle 1. Altersstruktur der Patienten in ärztlichen Konsultationen in der Schweiz. Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerung und mit Patienten in den USA.

Alter	CH <sup>1</sup> (A)	USA (B)	Gesamtbevölkerung der Schweiz <sup>2</sup> (C)	Altersquotient CH <sup>3</sup>
0-14	14,6%	17,4%	20,4%	0,72
15-64	65,0%	66,3%	66,0%	0,98
65+	20,3%	16,4%	13,6%	1,24
Total	100,0%	100,0%	100,0%	1,00

<sup>1</sup> Korrigiert für unproportionale Schichtung der Stichprobe.

<sup>2</sup> Fortschreibung 1.1.1979, Statist. Jahrbuch der Schweiz 1979 [8].

<sup>3</sup> =  $\frac{A}{C}$ ; der Quotient gibt an, ob und wie weit die betreffende Altersgruppe unter den ärztlichen Konsultationen (1. Konsultationen und wiederholte Konsultationen) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung unter- oder übervertreten ist.

Tabelle 2 zeigt das Geschlechtsverhältnis. Bei den Kindern ist das männliche Geschlecht unter den Patienten und im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich übervertreten, während im Erwachsenenalter das weibliche Geschlecht relativ häufiger in ambulanter Behandlung ist. Bei den betagten Patienten fallen 5 Frauen auf 3 Männer, wobei aber angesichts des Geschlechtsverhältnisses in der betagten Bevölkerung im allgemeinen die Übervertretung der Frauen unter den Patienten nur 10% beträgt. Die Zahlen in den USA weisen in die gleiche Richtung wie in der Schweiz.

#### b) Wöchentliche Belastung des Arztes

Tabelle 3 analysiert die Zahl der Konsultationen, die in der durchschnittlichen Arztpraxis wöchentlich statt-

Tabelle 2. Geschlechtsverhältnis nach Alter der Patienten in ärztlichen Konsultationen in der Schweiz. Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerung und mit Patienten in den USA.

Alter	CH <sup>1</sup>		USA		Gesamtbevölkerung der Schweiz <sup>2</sup> (C)	Geschlechtsquotient CH <sup>3</sup>
	Männer:Frauen (A)	Männer:Frauen (B)	Männer:Frauen (B)	Männer:Frauen (C)		
0-14	1:0,79	1:0,87	1:0,95	1:0,95	0,82	
15-64	1:1,31	1:1,76	1:1,01	1:1,01	1,30	
65	1:1,64	1:1,60	1:1,49	1:1,49	1,10	
Total	1:1,27	1:1,53	1:1,05	1:1,05	1,21	

<sup>1</sup> Korrigiert für unproportionale Schichtung der Stichprobe.

<sup>2</sup> Fortschreibung 1.1.1979, Statist. Jahrbuch der Schweiz 1979.

<sup>3</sup> =  $\frac{A}{C}$ ; der Quotient gibt an, ob und inwieweit das weibliche Geschlecht in der betreffenden Altersgruppe im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung unter- oder übervertreten ist.

**Tabelle 3. Durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Arzt pro Woche bei Allgemeinpraktikern, in ausgewählten Spezialisierungen und in der Gesamtheit der Ärzte.**

Spezialität	Anzahl Ärzte	Anzahl Konsultationen gemeldet	Durchschnittl. Anzahl Konsultationen pro Arzt pro Woche <sup>2</sup>	Korrigiert auf 44 Arbeitswochen/Jahr	Vergleichswert USA <sup>3</sup>
Allgemeinmedizin <sup>1</sup>	119	5091	149,7	126,7	110,0
Pädiatrie	30	1308	152,6	129,1	108,0
Chirurgie	28	671	83,8	70,9	47,8
Neurologie	6	121	70,6	59,7	27,5
Alle Spezialisierungen	379	13460	125,2 <sup>4</sup>	106,3	74,5

<sup>1</sup> Mit und ohne FMH.

<sup>2</sup> Gestützt auf Meldungen während 14 Tagen ausserhalb Ferienzeit des betreffenden Arztes.

<sup>3</sup> National Ambulatory Medical Care Survey, 1977, gestützt auf ganzjährige Meldungen, nur männliche Ärzte [4].

<sup>4</sup> Korrigiert für unproportionale Schichtung der Stichprobe.

**Tabelle 4. Durchschnittliche Konsultationsdauer nach Spezialisierung.**

Spezialität	Anzahl Konsultationen	Durchschnittl. Dauer der Konsultation (Schweiz) (Min.)	Durchschnittl. Dauer der Konsultation (USA) (Min.)
Allgemeinmedizin	5091	13,7±0,12	12,9
Pädiatrie	1308	11,9±0,21	12,9
Chirurgie	671	13,6±0,36	13,3
Neurologie	121	31,3±1,59	30,2
Alle Spezialisierungen	13460	16,3 <sup>1</sup>	15,4

<sup>1</sup> Korrigiert für unproportionale Schichtung der Stichprobe.

**Tabelle 5. Durchschnittliche Konsultationsdauer nach Alter der Patienten und Spezialisierung.**

Spezialität	Durchschnittliche Konsultationsdauer Alter (Jahre)		
	0-14	15-64	65+
Allgemeinmedizin	11,7±0,28	13,8±0,16	14,6±0,25
Pädiatrie	11,8±0,20	-	-
Chirurgie	13,2±0,98	14,2±0,46	12,1±0,64
Neurologie	-	32,2±1,95	30,3±2,8

**Tabelle 6. Wöchentliche Kontaktdauer Arzt-Patienten (Stunden).**

	Schweiz	Schweiz korrig. <sup>1</sup>	USA
Allgemeinmedizin	35,2	29,8	23,7
Pädiatrie	30,3	25,6	23,2
Chirurgie	19,0	16,1	10,6
Neurologie	36,8	31,1	13,8
Alle Spezialisierungen <sup>2</sup>	34,1	28,9	19,1

<sup>1</sup> Annahme: 8 Wochen Ferien, Militär, Feiertage.

<sup>2</sup> Korrigiert für unproportionale Schichtung der Stichprobe.

finden. Hier zeigen sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Spezialisierungen, indem die Allgemeinmediziner und Pädiater etwa doppelt so viele Konsultationen aufweisen wie die Chirurgen und Neurologen. In den USA findet sich dieselbe Beobachtung, wobei jedoch in jeder Spezialisierung und im Gesamtdurchschnitt aller Ärzte weniger Konsultationen gezählt werden. Der Unterschied lässt sich teilweise dadurch erklären, dass unsere Erhebung Ferien- und Militärdienstzeiten ausgeklammert hat, während diese in der amerikanischen Studie die Werte beeinflussen. Wir haben deshalb die schweizerischen Zahlen unter Annahme von 8 Wochen Ferien, Militärdienst und Feiertagen pro Jahr umgerechnet, wobei die Zahl der Konsultationen pro Woche noch immer über derjenigen der amerikanischen Ärzte liegt.

In *Tabelle 4* wird zusätzlich die Konsultationsdauer verglichen. Hier ergeben sich nun bemerkenswert grosse Ähnlichkeiten zwischen der ärztlichen Praxis in der Schweiz und in den USA. Die schweizerischen Pädiater, die die höchste Konsultationszahl pro Woche aufweisen, zeigen die geringste Konsultationsdauer, wobei sich jedoch alle Werte der Allgemeinmediziner, Pädiater und Chirurgen zwischen 11 und 15 Minuten bewegen. Die Konsultationen der Neurologen dauern demgegenüber mit einer relativ geringen Streuung um die 30 Minuten. Der Verdacht drängt sich auf, dass hier eine in der Praxisorganisation verankerte Patientenfrequenz von 4 respektive 2 Patienten pro Stunde wiedergespiegelt wird, die ebenso in der Schweiz wie in den USA den Tagesablauf in der Praxis zu bestimmen scheint.

*Tabelle 5* zeigt zudem, dass die Konsultationsdauer auch vom Alter des Patienten nicht stark abhängig ist. Einzig die Konsultationen bei Kindern sind besonders kurz, wobei zwischen Allgemeinpraktikern und Pädiatern praktisch kein Unterschied besteht.

In *Tabelle 6* haben wir die bisherigen Angaben dazu verwendet, die wöchentliche Kontaktdauer zwischen Arzt und Patienten zu berechnen. Dabei ist festzuhalten, dass gemäss vollständigen Zeitanalysen in der ärztlichen Praxis die Kontaktzeit nur etwa 60-70% der gesamten Arbeitszeit des Arztes entspricht [3, 6]. Dazu kommt die Zeit für Vorbereitungen, KG-Eintragen, Berichte, Rechnungstellung, und beim chirurgisch tätigen Arzt für operative Tätigkeit. Trotzdem ist von Interesse zu sehen, wieviel höher offenbar die wöchentliche zeitliche Belastung des Arztes in der Schweiz im Vergleich mit seinem Kollegen in den USA ist – eine Beobachtung, die im Hinblick auf die Zunahme der Ärztedichte in unserem Lande von Interesse sein dürfte.

*e) Zeitaufwand für psychosoziale Gespräche*

In den nächsten Tabellen soll nun die Frage geprüft werden, inwiefern Patienten, die besondere persönliche Probleme aufweisen, vom Arzt vermehrte Auf-

merksamkeit erhalten. Als erstes muss festgestellt werden, ob Konsultationen, in denen zusätzlich honorierte Leistungen irgendwelcher Art erbracht werden, länger dauern als Konsultationen ohne solche Leistungen. *Tabelle 7* zeigt, dass dies der Fall ist, wobei die Konsultationen, in denen solche Leistungen erbracht werden, um 10 bis 50% länger dauern als Konsultationen ohne Zusatzleistungen.

Wir haben nun Patienten identifiziert, welche aufgrund der angegebenen Beschwerden Probleme aufwiesen, die mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Psychotherapie oder zumindest ein vertieftes Gespräch erfordern.

Wie *Tabelle 8* zeigt, wurden diese Therapieformen bei diesen Patienten tatsächlich bedeutend häufiger gewählt als in der Gesamtheit der Patienten. Zur Vereinheitlichung der untersuchten Gruppe beschränkten wir uns hier wie auch in der weiteren Analyse auf Patienten, denen in der gleichen Konsultation keine zusätzlich honorierten Leistungen somatischer Art zuteil wurden.

Wir würden nun erwarten, dass Konsultationen, in denen psychotherapeutische oder psychosoziale

Gespräche stattfinden, länger dauern als andere Konsultationen, in denen auch keine weiteren Leistungen erbracht werden. Wie *Tabelle 9* zeigt, ist dies jedoch nur bei der eigentlichen Psychotherapie, die nach Absprache mit der Kasse speziell vergütet wird, der Fall, während Konsultationen mit psychosozialen Gesprächen – die jedoch nach der geltenden Tarifordnung nicht in Rechnung gestellt werden dürfen – gleich lange dauern wie Konsultationen bei ähnlichen Patienten, in denen keine solchen Gespräche angegeben werden.

Es könnte vermutet werden, dass die Allgemeinpraktiker, deren Patienten wir hier näher betrachten, diese gar nicht als psychiatrisch krank eingestuft haben, was natürlich das Ausbleiben einer zeitbeanspruchenden Gesprächsführung erklären könnte. Dem ist aber nicht so, indem von insgesamt 82 gemäss den Präsentiersymptomen als Problempatienten definierten Patienten 81 vom Arzt in der Haupt- oder Nebendiagnose als psychisch krank (ICHPPC Nr 500–559) klassiert wurden. In den meisten Fällen (79 Patienten) lag sowohl eine körperliche als auch eine psychiatrische Diagnose vor, während in zwei der Fälle nur eine psychiatrische

*Tabelle 7. Konsultationsdauer in Abhängigkeit von speziell entschädigten Extraleistungen*

	Keine spezielle Extraleistung (Min.)	Extraleistung ≤Fr. 30.- <sup>1</sup> (Min.)	Extraleistung >Fr. 30.- <sup>2</sup> (Min.)
Allgemeinmedizin	12,1±0,13	14,9±2,11	18,4±0,42
Pädiatrie	11,3±0,24	-	16,7±0,84
Chirurgie	11,6±0,36	-	16,5±0,71
Neurologie	28,7±2,18	-	30,8±2,39

<sup>1</sup> Untersuchungsmaterial (Entnahme, Verarbeitung) und/oder physikalische Therapie.

<sup>2</sup> EKG und/oder Röntgen und/oder chirurgische Leistung und/oder Psychotherapie.

*Tabelle 8. Häufigkeit von Psychotherapie und «Gespräch» bei Patienten mit ausgewählten psychosozialen Problemen (nur Allgemeinpraktiker).*

	Total <sup>2</sup>	mit «Gespräch»		mit Psychotherapie	
		Anz.	%	Anz.	%
Patienten mit «Problemen» <sup>1</sup>	59	24	40,7	16	27,1
Übrige Patienten	3244	744	22,9	103	3,2
Total	3303	768	23,3	119	3,6

<sup>1</sup> Haupt- oder Nebengründe der Konsultation:

- «Rat bei persönlichen ,Problemen»
- «Mit Arzt sprechen»
- «Psychosexuelle Störungen»

<sup>2</sup> Konsultationen mit speziell honorierten Zusatzleistungen (ausser Psychotherapie) sind in dieser Tabelle nicht berücksichtigt.

*Tabelle 9. Konsultationsdauer bei Patienten mit ausgewählten psychosozialen «Problemen».*

	Erbrachte Leistung <sup>1</sup> :		
	kein Gespräch keine Psychotherapie	Gespräch	Psychotherapie
Patienten mit «Problemen» <sup>2</sup>	Zahl 19	24	16
	Dauer 14,1±1,62 (Min.)	14,9±1,64	34,1±4,41
Übrige Patienten	Zahl 2397	744	103
	Dauer 11,5±0,13 (Min.)	14,1±0,31	22,7±1,20

<sup>1</sup> Konsultationen mit speziell honorierten Zusatzleistungen (ausser Psychotherapie) sind in dieser Tabelle nicht berücksichtigt.

<sup>2</sup> Haupt- und/oder Nebengründe der Konsultation sind:

- «Rat bei persönlichen Problemen»
- «Mit Arzt sprechen»
- «Psychosexuelle Störungen»

*Tabelle 10. Vorhandensein psychiatrischer resp. nicht-psychiatrischer Diagnosen bei Patienten mit ausgewählten psychosozialen Problemen.*

Total Patienten mit «Problemen» <sup>1</sup>	82
- psychiatrische und nicht-psychiatrische Diagnosen	79
- nur psychiatrische Diagnosen	2 <sup>2</sup>
- nur nicht-psychiatrische Diagnosen	1 <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Haupt- und/oder Nebengründe der Konsultation sind:

- «Rat bei persönlichen Problemen»
- «Mit Arzt sprechen»
- «Psychosexuelle Probleme»

<sup>2</sup> Beide Patienten erhielten Psychotherapie

<sup>3</sup> Keine spezielle Extraleistung, aber mit Gespräch

Diagnose vorlag. Für beide wurde eine Psychotherapie angegeben.

Es scheint also eine Kategorie von Patienten zu geben, die vom Arzt als psychiatrisch krank beurteilt werden, nachdem sie ihn mit dem Wunsch um ein Gespräch aufgesucht haben. Falls der Arzt ihnen keine eigentliche zusätzlich honorierte Psychotherapie zukommen lässt, so ist es unwahrscheinlich, dass ein längeres Gespräch zustandekommt. Wir glauben Grund zu haben, zu vermuten, dass das Fehlen eines Tarifpostens für psychosozial orientierte Gespräche dafür mitverantwortlich ist. Dass ein entsprechender Tarifposten im Sinne einer kausal orientierten, im Endeffekt sparsamen und menschlichen Medizin sinnvoll wäre, können wir nur vermuten, jedoch aufgrund unserer Studie nicht beweisen.

Zusammenfassend ergibt sich die Einsicht, dass es auch in der Schweiz möglich ist, in Zusammenarbeit mit der praktischen Ärzteschaft wertvolle statistische Einsichten in die ambulante Medizin zu gewinnen, die auch das Problem der Tarifstruktur berühren. Noch sind gewisse methodologische Verbesserungen nötig. So war die Beteiligung der Ärzte in der Schweiz bedeutend niedriger als in den USA, und eine Nachuntersuchung über das Ausmass einer dadurch bewirkten eventuellen Verzerrung steht erst bevor.

In Anbetracht dessen, dass sich hier ein bereits international standardisiertes Instrument zur Untersuchung der ambulanten ärztlichen Versorgung auch in der Schweiz bewährt hat, stellt sich auch die Frage zukünftiger Wiederholungen der Erhebung von 1978. Wir beabsichtigen jedenfalls mindestens eine Wiederholung, um die Auswirkungen der zurzeit erfolgenden Zunahme der Ärztedichte auf die ärztliche Praxis zu untersuchen, doch muss auch die Einführung periodischer Erhebungen dieser Art als Teil eines umfassenden gesundheitsstatistischen Programms zur Diskussion gestellt werden.

#### Literatur

- [1] *Abelin, Th.*, Analyse statistique des urgences en médecine ambulatoire. *Méd. et Hyg.* 38, 487 (1980).
- [2] *Abelin, Th.* und *Fröscher, R.*, Eine Studie über Befunde in der ärztlichen Praxis. *Soz. Präv. med.* 24, 240 (1979).
- [3] *Bergmann, A. B.*, *Dassel, S. W.*, *Wedgwood, R. J.*, Time-Motion Study of Practicing Pediatricians. *Pediatrics* 38, 254 (1966).
- [4] *Cypress, B.*, National Ambulatory Medical Care Survey: Characteristics of Visits to Female and Male Physicians. *Vital and Health Statistics Series 13*, No. 49. National Center for Health Statistics. U.S. Public Health Service, Health Resources Administration. DHSS Publication No. (PHS) 80 – 1710. Hyattsville, Md, 1980.
- [5] *Meads, S.* and *McLemore, T.*, National Ambulatory Medical Care Survey: Symptom Classification. *Vital and Health Statistics Series 2*, No. 63. National Center for Health Statistics. U.S. Public Health Service, Health Resources Administration. DHEW Publication No. (HRA) 75 – 1337. Rockville, Md, 1974.
- [6] *Schwarz, H. R.*, Entspricht die ärztliche Versorgung dem Bedarf? *Allgemeinmedizin international* 2, 2 (1975).
- [7] *Schweiz. Medizinisches Jahrbuch 1977.* Schwabe & Co., Basel, 1977.

[8] *Statist. Jahrbuch der Schweiz 1979.* Hrsg. vom Bundesamt für Statistik. Birkhäuser, Basel, 1979.

[9] *Tenney, J. B.*, *White, K. L.* and *Williamson, J. W.*, National Ambulatory Medical Care Survey: Background and Methodology. *Vital and Health Statistics Series 2*, No. 61, National Center for Health Statistics, U.S. Public Health Service, Health Resources Administration. DHEW Publication No. (HRA) 76–1335, Washington, 1974.

[10] *Westbury, R. C.*, Die internationale Klassifizierung von Gesundheitsproblemen in der primären ärztlichen Versorgung. *Der Praktische Arzt* 2, 226 (1976).

Für die Mitarbeit danken die Autoren Herrn Dr.med. René Fröscher, Herrn Fernand Ineichen, Programmierer, und Frau Beata-Maria Gerber-Bolliger, Sekretärin, sowie allen teilnehmenden praktischen Ärzten.

#### Zusammenfassung

Es ist vermutet worden, dass in einem System der ärztlichen Honorierung, in dem Einzelleistungen in Rechnung gestellt werden können, die Art der Praxisführung vom Aufbau der Tarifordnung abhängig ist. Die entsprechenden Hypothesen können jedoch nur mit Hilfe statistischer Übersichten über die ambulante ärztliche Tätigkeit überprüft werden.

Es wird eine Studie vorgestellt, in der im Jahre 1978 eine zufällige Stichprobe von 379 Ärzten in der Schweiz in standardisierter Form über eine Stichprobe ihrer Konsultationen Meldung erstattete. Als Modell und Vergleichsbasis diente die amerikanische «National Ambulatory Medical Care Survey». Insgesamt wurden 13460 Konsultationen analysiert. Die vorgestellten Resultate zeigen, dass die Alters- und Geschlechtsverteilung der ambulanten Patienten in der Schweiz weitgehend den amerikanischen Verteilungen entsprechen. Der Arzt in der Schweiz führt jedoch mehr Konsultationen durch als sein amerikanischer Kollege, während in der Dauer der Konsultationen kaum Unterschiede bestehen. Bei Patienten, die den Arzt wegen ausgewählten psychosozialen Problemen aufsuchen, werden doppelt so oft «Gespräche» und fast zehnmal so oft psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt als bei den übrigen Patienten. Die durchschnittliche Konsultationsdauer beträgt bei Psychotherapie etwa 30 Minuten, während sie in Abwesenheit einer Psychotherapie etwa 15 Minuten beträgt – unabhängig davon, ob die Durchführung eines «Gesprächs» gemeldet wurde oder nicht. Es wird gefolgert, dass der Arzt für die nicht honorierte Leistung des Gesprächs keine zusätzliche Zeit verwendet.

Die Bedeutung solcher Studien als Teil eines nationalen gesundheitsstatistischen Programms wird diskutiert.

#### Résumé

##### Nombre, durée et contenu des consultations dans les cabinets médicaux suisses

Etude sur la prise en charge médicale ambulatoire en Suisse

L'idée s'est manifestée que dans un système de réglementation des honoraires qui permet la facturation à l'acte des prestations médicales, la manière de gérer un cabinet médical devait dépendre de la structure de l'ordonnance sur la tarification. Cependant les hypothèses allant dans ce sens ne peuvent être vérifiées qu'à l'aide de preuves statistiques relatives à l'activité médicale ambulatoire.

Le présent article traite d'une étude, effectuée en 1978, auprès d'un échantillonnage de 379 médecins, choisis au hasard et exerçant leur activité en Suisse, qui devaient rapporter, sous forme standardisée, sur un échantillonnage de leurs consultations. La «National Ambulatory Medical Care Survey» américaine servait de modèle et de base de comparaison. Ce sont 13460 consultations en tout qui ont été analysées. Les résultats obtenus démontrent que la répartition selon l'âge et selon le sexe des patients traités ambulatoirement en Suisse correspond dans une large mesure à la répartition observée dans l'étude américaine. Toutefois, le médecin exerçant son activité en Suisse donne davantage de consultations que son confrère américain, alors que l'on ne constate guère de différence en ce qui concerne la durée de la consultation. Le nombre des «entretiens» avec les patients qui vont consulter le médecin en raison de problèmes d'ordre psycho-social est le double et celui des traitements psychothérapeutiques atteint approximativement dix fois le nombre des consultations données aux autres patients. La durée

moyenne des consultations est de l'ordre d'environ 30 minutes pour une psychothérapie, alors qu'elle n'atteint qu'environ 15 minutes en l'absence d'une psychothérapie – et ceci indépendamment du fait qu'un «entretien» ait été annoncé ou non. Il en résulte que le médecin n'accorde pas un temps supplémentaire pour la prestation non honorée d'un «entretien».

L'importance de telles études en tant que partie d'un programme national de statistique sanitaire est mise en évidence.

#### Summary

##### Number, duration and contents of consultations in Swiss medical practices: A study of ambulatory medical care in Switzerland

In the health insurance scheme of Switzerland, physicians are reimbursed on a fee-for-service basis with the possibility of billing single components of medical consultations. The opinion has been voiced that in such a system, the pattern of medical practice depends on the fee structure. However, hypotheses related to this question can only be tested, if statistical data on ambulatory medical activities are available.

A study is presented in which in 1978, a random sample of 379

practicing physicians in Switzerland gave standardized reports on a sample of their consultations. The U.S. National Ambulatory Medical Care Survey served as a model and basis for comparison. Some results are presented. They show that the distribution of ambulatory patients by age and sex is similar to that observed in the United States. Swiss physicians conduct a larger number of consultations, whereas the duration of the consultations is almost identical between the two countries. When selected psychosocial problems are among the reasons for visit, twice as many conversations and almost ten times as many psychotherapeutic sessions are conducted as in other patients. In the case of psychotherapy, the average duration of a consultation is about 30 minutes, whereas in the absence of psychotherapy it is only 15 minutes. As duration is independent of the conduct of a specially checked "conversation", it is concluded that physicians under study working under a fee-for-service system do not seem to spend additional time on a service (such as in-depth conversation) that is not being reimbursed under the current system.

The meaning of this type of studies as an element of a national health statistics program is discussed.

## Erfassung und Analyse des Kosten- und Leistungsaufwandes in Arztpraxen und Spitälern zur objektiven Bewertung von medizinischen Massnahmen<sup>1</sup>

Urs Gessner<sup>2</sup> und Bruno Horisberger<sup>3</sup>

Die ambulante medizinische Versorgung erfolgt in der Schweiz 1980 (1) über 7200 niedergelassene Ärzte in der Privatpraxis und (2) über schätzungsweise 300 Einrichtungen zur ambulanten Abklärung und Behandlung in den öffentlichen und privaten Spitälern. Die niedergelassenen Ärzte unterteilen sich in 2600 Ärzte für allgemeine Medizin und 4600 Spezialärzte in insgesamt 18 Fachspezialitäten FMH. Von diesen können 7 als Hauptspezialitäten bezeichnet werden (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie, Pädiatrie, Ophthalmologie und Oto-Rhino-Laryngologie, in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit), von uns mit «Spezialität I» bezeichnet. Die andern Fachspezialitäten umfassen Dermatologie und Venereologie, Orthopädische Chirurgie, Radiologie und Nuklearmedizin, Neurologie, Urologie, Physikalische Medizin, Neurochirurgie, Tropenkrankheiten, Kinderchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Anästhesiologie, von uns zusammenfassend als «Spezialität II» bezeichnet.

Die Ausrüstung der Arztpraxen lässt sich in eine Grundausrüstung und eine Vielzahl von Spezialausrü-

stungen unterteilen. Eine Unterteilung der Geräte der Grundausrüstung erlaubt eine Abgrenzung von zwei diagnostischen Hauptgruppen: Röntgen- und Laborgeräte (schätzungsweise in 2/3 aller Praxen vorhanden). Die Spezialausrüstung wird vor allem durch die ärztliche Spezialität bestimmt, das heisst sie ist Spezialitäten-spezifisch.

Die ambulant erbrachten medizinischen und ärztlichen Leistungen lassen sich gemäss der «International Classification of Procedures in Medicine» [1] 9 Hauptgruppen von Verfahren zuordnen:

1. Verfahren zur medizinischen Diagnostik
2. Laboratoriumsverfahren
3. Röntgen- und andere physikalische Verfahren (z. B. Ultraschall)
4. Verfahren zur Gesundheitsvorsorge
5. Chirurgische (operative) Verfahren
6. Medikamentöse Verfahren
7. Anwendung biologischer Wirkstoffe
8. Verschiedene andere therapeutische und diagnostische Verfahren
9. Hilfsmassnahmen

<sup>1</sup> Projekt im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8 (Kredit Nr. 4.351 des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung).

<sup>2</sup> Dipl. ing. ETH, Leiter Forschungsbereich Gesundheitsdienste, Interdisziplinäres Forschungszentrum für die Gesundheit (IFZ), St.Gallen

<sup>3</sup> Dr. med., Kantonsarzt, St.Gallen, Direktor IFZ

Die Entschädigung der Ärzte erfolgt (im Versicherungsfall) nach Einzelleistungen auf der Basis eines differenzierten Leistungskataloges. Indem jeder Einzelleistung eine bestimmte Anzahl Taxpunkte zuge-