

Eine Studie über Befunde in der ärztlichen Praxis in der Schweiz

Th. Abelin, R. Fröscher
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

1. Einleitung

Während vor vierzig Jahren 60 % der in der Schweiz praktizierenden Aerzte Allgemeinpraktiker waren, sind es heute weniger als 40 %. In den grossen Städten der Deutschschweiz sind lediglich eine kleine Minderheit der praktizierenden Aerzte Allgemeinpraktiker - in Bern sind es 11 %, in Zürich 26 %, während es in typischen Landkantonen um die 70 % sind (3). Dass sich solche Verschiedenheiten der Allgemein- und Spezialärztedichte auf die ganze Art der ambulanten ärztlichen Versorgung einer Region auswirken müssen, liegt auf der Hand. Eine Untersuchung an unserem Institut hat zum Beispiel ergeben, dass Säuglinge und Kleinkinder in der Stadt vorwiegend vom Pädiater betreut werden, während auf dem Land der Allgemeinpraktiker zuständig ist und seine Arbeit auf präventivmedizinischem Gebiet weitgehend mit der Säuglingsfürsorgerin teilt (6,7). Aehnliche Unterschiede in der ärztlichen Versorgung unter städtischen und ländlichen Verhältnissen ergeben sich wahrscheinlich für die gynäkologische Betreuung, für klein chirurgische Notfallhilfe und für andere Aspekte. Im Allgemeinen entspricht die spezialärztliche Betreuung in ausgelesenen Situationen etwa der herrschenden Schulmeinung, während Allgemeinpraktiker - vor allem solche ohne FMH-Titel - eher von dieser abweichen. Dies wurde z.B. für die Art der Urinentnahme bei Frauen mit Harnwegsinfekten und die Behandlung von Affektionen des Rachenraums bei Kindern (1,2) gefunden. Dagegen hat die allgemeinärztliche Betreuung den Vorteil, dass ein einziger Arzt für die ganze Familie zuständig ist und daher psychosoziale und präventive Aspekte besser berücksichtigt werden können. Es ist allerdings zu bemerken, dass solche Unterschiede der ambulanten ärztlichen Versorgung zwischen versorgungsdichten und versorgungsschwachen Gebieten bisher nie systematisch untersucht worden sind. Das zur Verfügung stehende gesundheitsstatistische Datenmaterial, z.B. der Krankenkassen, ist nie entsprechend analysiert worden und es gibt keine Stelle in der Schweiz, die diese zentralen Fragen der ärztlichen Versorgung systematisch untersucht.

Eine weitere aktuelle Frage im Zusammenhang mit der ambulanten ärztlichen Versorgung ergibt sich aus der raschen Zunahme der Aerztedichte, wie sie bereits eingesetzt hat und sich noch intensivieren wird. Wird der Arzt in Zukunft vermehrt beigezogen werden - wird sich also die Rate der Erstkonsultationen erhöhen? Werden pro Krankheitsfall mehr Konsultationen durchgeführt werden? Und wenn ja, bei welchen Arten von Leiden? Wird sich die durchschnittliche Konsultationsdauer verlängern? Oder wird vor allem die Arbeitsbelastung des einzelnen Arztes abnehmen? Zum besseren Verständnis der Regulationsmechanismen der ärztlichen Versorgung in einem liberalen System, wie wir es in der Schweiz kennen, ist die Beantwortung dieser Fragen unentbehrlich.

Der Zweck der Studie, über die hier berichtet wird, ist es, die ambulante ärztliche Versorgung in versorgungsdichten und versorgungsschwachen Gebieten der Schweiz zu vergleichen. Das Tätigkeitsspektrum verschiedener ärztlicher Spezialitäten soll umschreiben werden, und es sollen weitere Grundlagen zum Einblick in die präventivmedizinischen Tätigkeiten in der ärztlichen Praxis gewonnen werden. Schliesslich soll diese Untersuchung die Grunddaten liefern, die es in zehn oder fünfzehn Jahren erlauben werden, den Einfluss der Zunahme der Aerztedichte auf Art und Häufigkeit ärztlicher Konsultationen zu ermitteln.

2. Methode

Als Modell für diese Studie dient die amerikanische "National Ambulatory Medical Care Survey" des National Center for Health Statistics (5). Grundlage ist das Ausfüllen eines von der amerikanischen Studie adaptierten Meldeblatts für eine repräsentative Auswahl von Konsultationen aus einer zufällig ausgelesenen Stichprobe von Arztpraxen.

Bei der Stichprobenauswahl bestand die Absicht, so vorzugehen, dass sowohl aus städtischen, d.h. versorgungsdichten, als auch aus ländlichen, d.h. versorgungsschwachen Gegenden genügend Daten erhoben werden konnten, und dass alle ärztlichen Spezialitäten mit primärem Patientenkontakt vertreten waren.

Grundlage für die Wahl der Stichprobe war das Schweizerische Medizinische Jahrbuch 1977 (4). Eine erste Uebersicht ergab, dass auf eine Schichtung der Stichprobe nach städtischer oder ländlicher Wohnlage verzichtet werden konnte, da alle uns interessierenden Besiedlungstypen genügend grosse Anteile der gesamten Aerzteschaft aufwiesen. Andererseits fanden sich nach Spezialisierung so grosse Unterschiede in der Anzahl Aerzte, dass sich in dieser Beziehung die Bildung einer unproportional geschichteten Stichprobe aufrängte. Diese wurde zufällig aus der Liste der Aerzte im Schweizerischen Medizinischen Jahrbuch gewählt. Die Einladung der Aerzte zur Teilnahme erfolgte auf brieflichem Weg, wobei in der Regel dank der interessierten Mitarbeit der Spezialistengesellschaften ein entsprechendes Empfehlungsschreiben beigelegt werden konnte. Wer auf die Einladung nicht antwortete, erhielt ein zweites Schreiben. Da im ersten Durchgang die Teilnahme in den meisten Spezialisierungen ungenügend war, wurde eine zweite zufällige Stichprobe von Aerzten gezogen und in gleicher Weise ebenfalls eingeladen.

Tabelle 1 zeigt die Zahl der in der ersten Zufallsauswahl eingeladenen Aerzte und die Zahl der Teilnehmer. Es ergibt sich eine Teilnehmerquote von insgesamt knapp 30 %, wobei die Teilnahme je nach Spezialisierung zwischen 13 und 50 % betrug. Die Teilnehmerquote ist leider geringer ausgefallen als erhofft worden war, und es wird sich die Frage stellen, inwieweit die von diesen Aerzten gemeldeten Konsultationen repräsentativen Charakter haben. Gewisse Auffälligkeiten wie etwa eine beobachtete Uebersetzung von Aerzten mit eingeschränkter Praxis sollen jedenfalls noch korrigiert werden. Während es gut denkbar ist, dass Aerzte mit kleinen Patientenzahlen sich eher an einer solchen Studie mit ihrem Zeitaufwand beteiligen als Aerzte mit grösseren Praxen, ist es schwierig, zu spekulieren, ob und wie sich auch ihre Patienten von den Patienten der nicht teilnehmenden Aerzte unterscheiden. In Tabelle 2 wird nach Spezialisierung dargestellt, welche Proportionen aller Aerzte in der Studie vertreten sind. Eine Ueberprüfung der Stichprobendichte ergab, dass in einer Gruppe von Spezialisierungen mit grossen Aerztezahlen jeder 18.-23. Arzt in der Stichprobe vertreten war, in einer mittleren Gruppe ca. jeder 12.-17., und in einer dritten Gruppe nahm jeder 7.-8. Arzt aus dem Gesamtkollektiv teil. Bei der Vornahme von Hochrechnungen wird es nun notwendig sein, entsprechende Korrekturen vorzunehmen, wobei wir beabsichtigen, die Analyse in diesen drei Gruppen gesondert vorzunehmen. Tabelle 3 zeigt die Zahl der teilnehmenden Aerzte nach Besiedlungstyp, wobei deutlich wird, dass die Allgemeinpraktiker

vor allem auf dem Land, die spezialisierten Aerzte in den Städten aller Grössen praktizieren. 104 Aerzte praktizieren auf dem Land, 118 in klein- und mittelgrossen Städten, und 156 in Grossstädten oder deren Vororten.

Im Jahr 1978 wurden, übers Jahr verteilt, 6 Meldeperioden von 14 Tagen Dauer ausgewählt, und die teilnehmenden Aerzte wurden zufällig einer der für sie möglichen Perioden zugeteilt. Während der Meldeperiode hatten sie nun für jede 7. Konsultation ein Meldeblatt auszufüllen und uns zuzustellen.

Mit dem Meldeblatt verbunden war ein Talon, den der Arzt abtrennen und bei sich behalten konnte, und der den Namen des Patienten enthielt, während die für die Analyse benötigten Angaben anonym - nur durch eine Kennnummer bezeichnet - zu uns gelangten. Die Angaben betrafen soziodemographische Merkmale des Patienten, Merkmale der Konsultation (wie Erstkonsultation, Notfall, Hausbesuch, Konsultationsdauer), die Präsentiersymptome, den Grund der Konsultation, die Diagnose und die Art der vorgenommenen Massnahmen.

3. Weiteres Vorgehen

Im Ganzen wurden rund 13'500 ausgefüllte Meldebögen eingesandt. Ungefähr ein Drittel stammen aus Landpraxen, ein Drittel aus kleinen- und mittelgrossen Städten, ein Drittel aus grossstädtischen Agglomerationen. Tabelle 4 zeigt aufgrund einer provisorischen Analyse eine grobe Einteilung der Konsultationen nach Hauptproblemen, Beschwerden und Anliegen. Während die häufigen Nachkontrollen für uns von weniger Interesse sind, wird sich die nun bevorstehende Datenanalyse vor allem den häufigsten Typen von Präsentiersymptomen zuwenden. So finden sich in unserem Datenmaterial etwa 2'000 Konsultationen wegen Schmerzen am Bewegungsapparat, und wir werden nun untersuchen, zu welcher Art von Konsultationen bei welchen Spezialitäten diese je nach Siedlungstyp geführt haben. In ähnlicher Weise wird es nun möglich sein, auch die Häufigkeit präventivmedizinischer Leistungen in den drei medizinischen Versorgungstypen festzustellen. Dazu ist von Interesse, dass in den von uns erfassten Konsultationen etwa 3'500 mal der Blutdruck gemessen, 400 mal geimpft und 700 mal eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde - Zahlen, die uns eine nähere Analyse erlauben werden.

Wir hoffen, durch diese Studie zum besseren Verständnis der medizinischen Versorgung in der Schweiz beitragen zu können. Insoweit als sich ergeben sollte, dass die Zahl der von uns erfassten Konsultationen für detaillierte Analysen zu klein ist, wird zu überlegen sein, ob diese Art von Studie nicht wie in den U.S.A. als permanentes gesundheitsstatistisches Projekt institutionalisiert werden sollte.

Résumé

Une étude de données dans le cabinet médical en Suisse.

Une enquête des consultations dans un échantillon de cabinets médicaux en Suisse fut conduite en 1978. Cet article en présente les buts, la méthodologie et les taux de participation parmi les médecins sélectionnés.

Summary

A study of findings in medical practice in Switzerland.

In 1978, a sample survey of ambulatory medical care in Switzerland was conducted. The purposes and methodology are described, and participation rates among physicians are presented.

Literatur

- (1) ABELIN, T., AFFOLTER, C. und AUBRY, D.: Das Vorgehen der Affektionen des Rachenraums in der allgemein-ärztlichen und pädiatrischen Praxis. Soz. Präv. Med. 22, 171 (1977)
- (2) MEYER, M.: Aerztliche Fortbildung und Vorgehen bei Harnwegsinfekten in der ärztlichen Praxis. Dissertation, Bern (1978)
- (3) SCHWEIZ. AERZTESTATISTIK 1976. Schweiz. Aerztezeitung 42, 1799 ff (1977)
- (4) SCHWEIZ. MEDIZINISCHES JAHRBUCH 1977. Schwabe & Co., Basel (1977)
- (5) 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)
- (6) TSCHANNEN, R.: Ambulante medizinische Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern im Rahmen des Kantons Bern. Aerztebefragung. Dissertation, Bern (1978)
- (7) TSCHANNEN, V.: Ambulante medizinische Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern im Rahmen des Kantons Bern. Elternumfrage. Dissertation, Bern (1978)

Dieses Projekt wird vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (Projekt Nr. 3.829-0.76) unterstützt.

Adressen der Autoren

Prof. Dr. med. Th. Abelin, Dr. med. R. Fröscher, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Inselspital, 3010 Bern

Tabelle 1

EINLADUNGEN UND TEILNAHMERATEN
(1. Zufallsauswahl)

	Total	Allg. Medizin	Spezialisten FMH
Einladungen	768	240	528
Teilnehmer	226	67	159
Teilnahmerate	29,4%	27,9%	30,1%

Tabelle 2

GESAMTZAHL AERZTE PRO SPEZIALITAET UND PRPOPRTION IN DER STICHPROBE

	Anzahl Aerzte		A B
	Schweiz (A)	Studie (B)	
Chirurgie FMH	641	28	22,9
Allg. Med. FMH	1339	59	22,7
Innere Med. FMH	1302	60	21,7
Allg. Med.	1058	60	17,6
Orthopaedie FMH	99	6	16,5
Neurologie FMH	82	6	13,7
Psychiatrie FMH	373	28	13,3
Gyn./Geburtsh. FMH	393	30	13,1
Urologie FMH	75	6	12,5
Pädiatrie FMH	366	30	12,2
Ophthalmologie FMH	217	18	12,1
ORL FMH	198	17	11,6
Physikal. Med. FMH	52	6	8,7
Dermatologie FMH	141	18	7,8
Kinderpsychiatrie FMH	45	6	7,5
	6381	378	

Tabelle 3

TEILNEHMENDE AERZTE NACH BESIEDLUNGSTYP UND SPEZIALITAETENGRUPPE

	Land- praxis	Klein- stadt	mittelgr. Stadt	Gross- stadt	Total
Allg. Medizin	76	11	3	29	119
Spezialität	28	66	38	127	259
Total	104	77	41	156	378

Tabelle 4

DIE HAEUFIGSTEN PRAESENTIERSYMPTOME ODER ANDERE KONSULTATIONSGRUEENDE
(Vorläufige Auszählung aller Fälle)

Kontrolluntersuchung	
b. bestehender Krank.	19,3 %
Muskel- u. Skelettsystem	15,2 %
Vorsorgeuntersuchungen	10,6 %
Atmungsorgane	9,9 %
Verdauungsorgane	9,1 %
Haut	6,9 %
Augen, Ohren	6,5 %
Allg. Symptome	6,1 %
Nervensystem	5,0 %
Weibl. Geschlechtsorgane	3,6 %
Geistig. seelische Gesund.	3,2 %
Herz-Kreislauf	2,0 %
Harnorgane	1,9 %
Männl. Geschlechtsorgane	0,4 %