

Zur Struktur der ärztlichen Grundversorgung in einer Agglomeration*

Bernhard Cloetta

Forschungsgruppe Gesundheitsversorgung, IAE, Medizinische Fakultät
 Inselspital 14c, 3010 Bern

Einleitung

Theoretische Analysen zeigen, dass das primäre Versorgungssystem für Patienten vier Funktionen erfüllen sollte (1): zeitliche, räumliche und finanzielle Zugänglichkeit; umfassende Betreuung, auch psychosozial und präventiv; kontinuierliche Betreuung über lange Zeit; Koordination aller, v.a. spezialisierter Gesundheitsleistungen. Wenn wir die schweizerischen Verhältnisse in der Grundversorgung betrachten, können wir zwar feststellen, dass Arztpraxen bei der Erfüllung dieser Funktionen eine zentrale Stellung einnehmen; nur empirisch geklärt werden kann jedoch die Frage, wieviele und welche Praxen alle bzw. nur einige dieser Aufgaben wahrnehmen. Praxen lassen sich zudem durch weitere nur mittelbar oder gar nicht funktionsbezogene Merkmale charakterisieren, wie z.B. durch ihre Grösse und Organisationsform (Solo- oder Gemeinschaftspraxis), durch gewisse Arztmerkmale (Alter, Geschlecht), durch die Zusammensetzung der Patientenschaft etc.

Im folgenden sollen einige ausgewählte Ergebnisse zur Charakterisierung der ambulanten ärztlichen Grundversorgung in einer dichtbesiedelten, medizinisch gut versorgten Region dargestellt werden, die im Rahmen eines grösseren Projektes gewonnen wurden (2, 3).

Methode

In einer Agglomeration der Deutschschweiz (definiert nach den Kriterien des Bundesamtes für Statistik) wurde mit Hilfe eines Fragebogens um den Jahreswechsel 1981/82 eine Totalerhebung aller Allgemeinpraktiker und Internisten, die hauptsächlich in der Grundversorgung tätig sind, durchgeführt, wofür uns die lokale Aerztegesellschaft Adressen zur Verfügung stellte. Von 245 verschickten Fragebogen erhielten wir 148 (60.4%) auswertbar zurück; einen etwas überdurchschnittlichen Rücklauf wiesen Aerzte verglichen mit Aerztinnen sowie Allgemeinmediziner und Allgemeininternisten verglichen mit Aerzten ohne FMH-Titel und Subspezialisten auf.

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die Aufgliederung der befragten 148 Aerzte nach Geschlecht, Alter und formaler Spezialisierung. Auffällig ist die grosse Zahl von Allgemeininternisten. Die Einordnung von "praktischen Aerzten" (d.h. hier Aerzten ohne FMH-Titel) in die Kategorie "engere Qualifikationsbreite" ist empirisch gerechtfertigt durch ein durchschnittlich geringeres Tätigkeitsspektrum (s. Tab. 5) verglichen mit Allgemeinmedizinern.

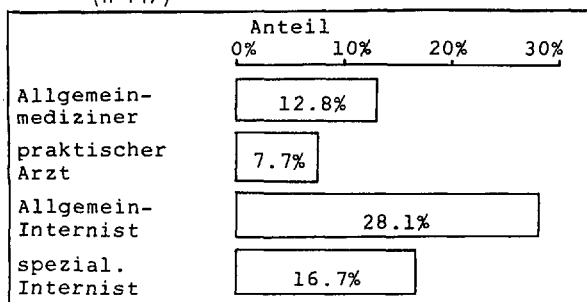
Ein knappes Fünftel (18.9%) der befragten Aerzte arbeitete in irgendeiner Form von Praxisgemeinschaft, sei es eine Personal-, Labor-, Apparat- oder Ausgabengemeinschaft bzw. ein fachlich homogenes oder heterogenes Team bzw. sogar eine Gruppenpraxis. Aus Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass es beträchtliche Unterschiede nach dem Grad der Spezialisierung gibt: Internisten im Ver-

Tab. 1 Merkmale von Aerzten in der Grundversorgung (n=148)

Alter: Mittel		50.5 Jahre	
Standardabweichung		11.4 Jahre	
Geschlecht: männlich		91.9%	
weiblich		8.1%	
Spezialisierung:			
	Qualifikationsbreite		
	engere	breitere	
FMH Innere Med.	nein	praktischer Arzt (ev. mit Dr.-Titel) 17.6% (n=26)	Allgemeinmediziner (mit FMH-Titel) 27.0% (n=40)
	ja	spezialisierter Internist 12.2% (n=18)	Allgemein-Internist 43.2% (n=64)

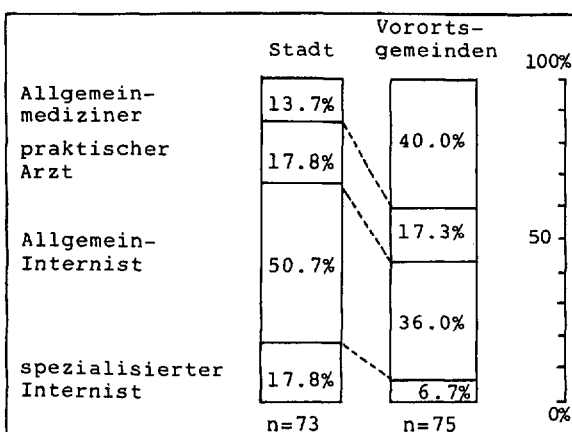
gleich zu Allgemeinmedizinern sind häufiger in Praxisgemeinschaften tätig, ebenso breiter qualifizierte Aerzte verglichen mit enger qualifizierten.

Tab. 2 Anteil von Aerzten in Praxisgemeinschaften (n=147)



Wenn wir den Standort betrachten, liegen je die Hälfte der Praxen auf Stadtgebiet und in Vorortsgemeinden. Die Zusammensetzung nach Spezialisierung ist jedoch deutlich verschieden (Tab. 3): In den Vorortsgemeinden ist

Tab. 3 Praxisstandort nach Spezialisierung (n=148)

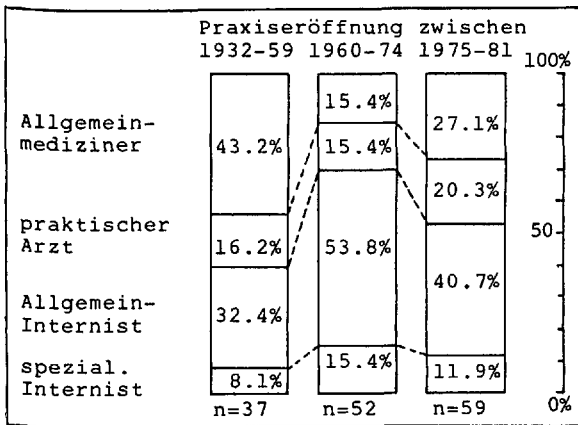


* Mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds, Nationales Forschungsprogramm Nr. 8, Gesuch Nr. 4.769.0.84.08

der Anteil der Allgemeinmediziner dreimal so gross wie in der Stadt, der Anteil von allgemeinen und spezialisierten Internisten wesentlich kleiner.

Gliedern wir drei Zeitperioden der Praxiseröffnung nach der Spezialisierung auf (Tab. 4), so fällt der äusserst kleine Anteil allgemeinmedizinischer und der sehr hohe Anteil allgemeininternistischer Praxiseröffnungen zwischen 1960-1974 auf, wenn man mit der Zeit vorher und nachher vergleicht. Die Einführung des "Arztes für Allgemeinmedizin FMH" im Jahre 1965 scheint bei jungen Aerzten also wirksam zu werden als Alternative zum FMH-Titel des nichtspezialisierten "allgemeinen" Internisten.

Tab. 4 Zeitperiode der Praxiseröffnung nach Spezialisierung (n=148)



Die Aerzte hatten auch je eine Liste mit internistischen bzw. allgemeinmedizinischen Tätigkeiten danach auszufüllen, ob sie diese regelmässig in ihrer Praxis ausüben oder nicht. Tabelle 5 zeigt (in Klammern) die Häufigkeit und die Gruppierung nach empirisch verwandten Tätigkeiten mittels einer Faktorenanalyse; die drei varimax-rotierten Faktoren erklärten 58% der Gesamtvarianz und erlauben eine eindeutige Zuordnung jeder Tätigkeit.

Tab. 5 Häufigkeit regelmässig ausgeübter medizinischer Tätigkeiten (T), gruppiert nach einer Faktorenanalyse (n=148)

I Internistische T	Rheumatologie (84%), Kardiologie (82%), Lungenkrankheiten (79%), Gastroenterologie (75%), Nephrologie (56%), Endokrinologie (53%)
II Häufigere allgemeinmedizinische T	Behandlung(B) von Hauterkrankungen (80%), B. von Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen (79%), psychiatrische/psychotherapeutische Beratung/B. (78%).
III Seltenerer allgemeinmedizinische T	Kleinchirurgische Eingriffe (52%), B. von Kindern (52%), B. von Augen-erkrankungen (25%), geburtshilfliche-gynäkologische Massnahmen (19%)

Für jeden Arzt wurden die regelmässig ausgeübten internistischen Tätigkeiten zu einem Summenwert aufaddiert; ebenso die häufigeren allgemeinmedizinischen bzw. die selteneren allgemeinmedizinischen Tätigkeiten. Gefragt wurde nach soziostrukturellen Bedingungen, von denen diese Summenwerte (Tätigkeitsspektren) abhängen.

Tabelle 6 zeigt, dass Praxisstandort, Geschlecht und Alter für das Tätigkeitsspektrum ebenso wichtig sind wie die formale Spezialisierung. Breitere formale Qualifikation und ein Praxisstandort in den Vororten hängen mit breiteren Tätigkeitsspektren zusammen. Ein FMH-Titel in Innerer Medizin, höheres Alter und weibliches Geschlecht hängen mit engerem allgemeinmedizinischem und teilweise breiterem internistischem Spektrum zusammen.

Tab. 6 Bedingungen der drei Tätigkeitsspektren (Regressionsanalysen, n=148)

Tätigkeitsspektrum = Summe der medizinischen Tätigkeiten	internistisches	häufigeres allgemeinmed.	selteneres allgemeinmed.
	standardisierte Betas		
soziostrukturelle Bedingungen			
Qualifikationsbreite	.14	.16	.18
FMH Innere Medizin	.12	-.27	-.50
Geschlecht	.17	-.03	-.10
Alter	.01	-.20	-.17
Praxisstandort	.20	.28	.29
Multiples R	.30	.51	.69

Literatur

- (1) Noack, H.: Entwicklung und Perspektive der Allgemeinmedizin. Münchener Medizinische Wochenschrift 123: 455-461, 1981.
- (2) Schaufelberger, H.-J., Cloetta, B., Noack, H., Berner, U., Albisser, S.: Der Patient in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Forschungsbericht. IAE und MUP, Bern und Basel, 1983.
- (3) Schaufelberger, H.-J., Cloetta, B., Noack, H.: Der Patient in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Ergänzungsbericht. IAE und ISPM, Bern, 1985.

Résumé

Quelques aspects de la structure des soins médicaux ambulatoires

Une enquête par questionnaire auprès de 148 médecins praticiens travaillant comme généralistes ou internistes a été entreprise dans une agglomération de la Suisse alémanique. Cet article présente les résultats concernant les variables suivantes et leurs relations: âge, sexe, spécialité, organisation et localisation des cabinets ainsi que le champ d'activité médicale.

Summary

Some aspects of the pattern of medical care in an urban-suburban region

In a Swiss city and its suburbs 148 internists and general practitioners were approached by questionnaire. The data collected were grouped according to age, sex, degree of specialization, practice in groups, location of practice and pattern of services rendered; correlations between these variables were analysed.

Adresse des Auteurs

Dr. rer.soc. Bernhard Cloetta, Forschungsgruppe Gesundheitsversorgung, IAE, Inselspital 14c, 3010 Bern