

Selon ce que finiront par décider les Chambres fédérales ... et selon le résultat d'un éventuel référendum, il est possible qu'il appartienne aux Gouvernements cantonaux, à l'avenir, de dicter combien de médecins de chaque spécialité seront autorisé-es à travailler dans chaque canton. Il faudra absolument que chacun de nos Groupements cantonaux ou régionaux s'attache alors à faire comprendre à son Conseil d'Etat respectif l'importance que revêt la Médecine générale pour le système de santé – de la clarté de ce message dépendra une bonne partie de l'avenir de notre spécialité!

Dans cette éventualité, notre Collègue Beat Künzi, à la demande du Comité, a préparé l'argumentaire ci-dessous.

Il s'agit d'un article de grande qualité, remarquablement documenté, pour le moins convaincant, et pour lequel le Comité de la SSMG remercie chaleureusement son auteur.

Le Comité de la SSMG

La contribution des Médecins de Premier recours à un système de santé suisse efficace, adéquat et économique

Beat Künzi

Résumé

Par rapport aux spécialistes, les médecins de premier recours prennent en charge leurs patients

- de manière plus globale
- par un suivi s'inscrivant davantage dans la durée
- en coûtant moins cher (à patients comparables)
- et en obtenant des résultats en général équivalents.

Les expériences faites en Suisse et dans d'autres pays l'ont bien montré: par leur seule fonction de gatekeepers, les médecins de famille n'ont guère d'influence sur l'évolution des dépenses de santé et la qualité des soins. Les meilleurs résultats sont toutefois obtenus lorsqu'il existe une bonne collaboration entre ces deux secteurs professionnels.

En Suisse, le déséquilibre quantitatif en faveur des médecins spécialistes (surtout dans les régions urbaines) a cependant conduit à une couverture médicale de qualité suboptimale et à des coûts plus élevés.

Dans la mesure où l'on n'est pas parvenu à établir à ce jour une répartition optimale entre médecins généralistes et spécialistes, tout gel de la situation (par contingentement) empêchera que la situation ne se développe dans

le sens d'une diminution des coûts et d'une meilleure qualité de la prise en charge des patients.

Remarques préliminaires sur la situation actuelle de la médecine de premier recours

Voici trois décennies que les médecins de premier recours ont commencé à se forger une identité à l'échelle mondiale par la création de leurs propres associations professionnelles. La réflexion sur la position et le rôle de la médecine générale s'est également mise en place en Suisse à cette époque [1]. Si entre-temps les médecins de famille sont devenus dans de nombreux pays de véritables piliers du système de soins, ce qui apparaît aux patients et aux médecins traitants comme une évidence est aujourd'hui remis en question en Suisse par certains. Les modèles de soins basés sur les médecins de premier recours – entendons par là des produits d'assurances dont le but était de diminuer les dépenses – se sont vus interrompus. Et la médecine de premier recours de notre pays doit encore et toujours lutter pour se faire une place adéquate dans des Facultés de médecine dominées par les spécialistes [2]. Or des

développements de ce type ont pour conséquence que de plus en plus de patients prennent notre système de santé de luxe pour un libre-service complètement dépersonnalisé, dans lequel il s'agit de se tailler son morceau de technologie médicale. Pourtant, à voir les problèmes sociaux en augmentation, une détresse psychosociale croissante et l'évolution générale des choses, la «santé» conçue comme bien de consommation soumis aux lois du marché ne semble guère contribuer à l'amélioration du sentiment de bien-être, ni à un meilleur fonctionnement des individus. Et celles et ceux qui sont restés fidèles à une médecine de famille travaillant dans la durée, et qui n'usent qu'avec mesure des possibilités immenses d'une médecine moderne il est vrai très complexe, passent carrément pour des ânes.

Devant cette évolution, les médecins de famille, et avec eux la médecine générale, se trouvent mis à l'épreuve. Ont-ils été dépassés par la cadence vertigineuse des transformations intervenues au cours des dernières années? Il s'agit donc de répondre à la question de savoir dans quelle mesure les médecins de famille sont encore à la hauteur pour affronter les défis actuels. Toutes les affirmations qui suivent sont étayées par des études scientifiques (cf. la bibliographie figurant en annexe).

Importance de la médecine de famille

Nous allons maintenant mettre en lumière la contribution des médecins de famille à l'efficacité, à l'adéquation et à l'économicité du système de santé suisse, en suivant les trois fameux – et si controversés – critères de qualité:

1. Structure: un système adapté aux besoins
2. Processus: coopération dans le cadre de «réseaux» et responsabilité budgétaire du médecin
3. Résultats: coûts, efficacité

Bien que ce soit avant tout le premier point qui se trouve aujourd'hui à la fois au centre du débat politique et en but aux diverses velléités de régulation, il est très important de ne pas perdre de vue les deux autres composantes.

Un système adapté aux besoins

La question de savoir de combien de médecins une société a besoin, respectivement combien de médecins elle peut et veut se payer afin de bénéficier de la couverture de soins la meilleure possible, se pose aujourd'hui et se reposera probablement encore. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'assurer financièrement deux éléments essentiels: l'accès des assurés aux prestations, ainsi que la sécurité et le bien-être des patients – en tenant compte également d'une charge de travail supportable pour les prestataires de soins.

– La question du bon équilibre entre prestataires de soins médicaux et paramédicaux pour une couverture de soins efficace n'a à ce jour guère été étudiée de façon systématique [5, 6]. Plusieurs études ont montré que des médecins généralistes bien formés traitent les mêmes affections de manière plus économique que les spécialistes [7–9]. De nombreux travaux ont essayé de voir si cela s'accompagnait de différences en termes de résultats thérapeutiques. Or, ces études, dans leur grande majorité, n'ont pas démontré de différences sur ce plan [10] et rares ont été celles qui ont mis en évidence des résultats meilleurs chez les spécialistes [11] ou chez les médecins généralistes [12] – en fonction de la maladie considérée. On ne peut donc actuellement tirer de conclusions définitives dans ce domaine. Les études qui ont trouvé un avantage en faveur des traitements chez les spécialistes, font en fait souvent une confusion entre ces derniers et le recours à des protocoles thérapeutiques structurés ou à des «guidelines». Ce qui est en revanche bien établi, c'est le fait que les médecins de premier recours ont une vision plus globale de leurs patients et les suivent davantage dans la durée [7].

– Les avantages apportés par la médecine de famille et la volonté de mieux contrôler les dépenses de soins ont conduit, notamment dans les systèmes coûteux dominés par les spécialistes (p.ex. aux Etats-Unis et en Suisse), à mettre sur pied des modèles de type Managed Care et modifier en profondeur la relation entre généralistes et spécialistes [13]. Dans le cadre de ces projets, les médecins de premier recours portent une responsabilité de plus

- en plus grande et assument des tâches toujours plus complexes, tout en étant tenus à réaliser des économies [14].
- En 2001, plus de 55 millions de consultations ont été recensées dans les cabinets médicaux de Suisse [15]. Chaque Suisse a donc consulté un médecin en moyenne onze fois par an, c'est-à-dire deux fois plus que les habitants de l'UE [16]. En 1998, la densité médicale en Suisse se situait pourtant au même niveau que celle de l'UE, avec environ 320 médecins/100 000 habitants [17]. L'immense majorité de ces patients consulte d'abord un médecin généraliste ou un autre médecin de premier recours – des études effectuées dans d'autres pays relèvent une proportion approchant les 90% [18]. Il n'existe pas de chiffres comparables pour la Suisse. Une caractéristique remarquable du système de santé suisse est celle d'une densité médicale trois à quatre fois supérieure dans les zones urbaines par rapport aux agglomérations rurales, en raison de la densité des médecins spécialistes dans les villes [19]. Les médecins généralistes établis dans une région de campagne et désirant remettre leur cabinet peinent actuellement souvent à se trouver un successeur.
 - L'accessibilité du médecin généraliste est excellente en Suisse, pour les patients, par rapport aux autres pays européens: 77% des 1497 patients de 36 cabinets médicaux choisis au hasard se sont déclarés parfaitement satisfaits des délais de consultations (Allemagne 67%, Suède 55%, Pays-Bas 49%, GB 33%) [20]. Les évaluations Quali Doc[®] et mis sur pieds par swisspep, Institut pour le Contrôle de Qualité et la Recherche dans le Système de Santé, a montré qu'aujourd'hui 69% des 9153 patients interrogés sont parfaitement satisfaits des rendez-vous proposés par leur médecin-traitant. L'étalon de swisspep sur le 10% des meilleurs cabinets, sur cette question, se situe en 2003 à 79% [21].
- significativement moindre de leur produit national brut au budget de la santé, en 1998, que les pays dans lesquels les patients ont un libre accès aux prestations des spécialistes [22].
- Il existe des divergences de vue apparemment inconciliables entre médecins de premier recours et spécialistes quant à la forme que devrait avoir dans l'avenir un système de santé financièrement supportable. Une étude réalisée chez des médecins suisses a ainsi montré qu'un rôle de «gatekeeper» des médecins de premier recours serait accepté, complètement ou en partie, par 80% des médecins généralistes, contre seulement 35% des spécialistes [23].
 - Des études récentes ont clairement montré, à ce propos, que des patients atteints de maladies chroniques coûteuses sont pris en charge le plus efficacement et le plus économiquement par une équipe au sein de laquelle les généralistes et les spécialistes coopèrent [24–26].
 - Un suivi multidisciplinaire, même financièrement optimisé, conduit certes à des dépenses directes plus élevées, mais entraîne des économies globales sensibles lorsqu'on prend en compte les coûts indirects à supporter par la société, comme les arrêts de travail, etc [27].
 - Des études récentes, aux Etats-Unis, ont ainsi montré que les patients assurés en privé sont référés aux spécialistes dans la même proportion, qu'ils soient suivis ou non par un médecin ayant une fonction de gatekeeper. Il semblerait même que les médecins gatekeepers ont tendance à référer plus de leurs patients aux spécialistes! [28]

Résultats

Coûts

Le financement de notre système de santé se trouvera confronté à moyen terme à de très grandes difficultés si nous ne parvenons pas à mieux contrôler l'évolution des coûts.

Coopération dans les «réseaux» et responsabilité budgétaire du médecin

- Les pays européens qui n'autorisent l'accès aux soins que par l'intermédiaire d'un médecin de premier recours (système de type «gatekeeper»), ont consacré une part

tout le fait d'un plus grand nombre de spécialistes [29]. On a donc espéré réaliser des économies par la simple mise sur pied de modèles de soins centrés sur les médecins de premier recours. Dans un grand collectif de patients, il s'est avéré qu'il n'y avait pas, dans un système tel que celui décrit précédemment et dominé par les spécialistes, d'augmentation du nombre de consultations chez les spécialistes après la suppression du système de gatekeeper (à l'exception des patients souffrant de syndromes lombaires aigus) [30].

- A leur introduction, les systèmes de gatekeepers diminuent les dépenses de 3-5%, et la réduction des dépenses atteint au maximum 1-2% à long terme [31].

Efficacité

- Selon les indicateurs internationaux, l'état de santé de la population suisse est indéniablement très bon [16, 17].
- Au vu de l'augmentation des coûts de la santé et de l'importante variabilité du taux des délégations aux spécialisés demandées par les médecins de premier recours (variabilité pour laquelle il n'existe actuellement pas d'explication claire), les politiciens doutent toujours de l'efficacité de la médecine de famille [32]. On imagine par exemple souvent que ces variations sont la conséquence de délégations inutiles, ce qui est pourtant clairement démenti par les études disponibles [33]. Ces études montrent que les clientèles de cabinet dans lesquelles il existe un fort taux de délégations aux spécialistes présentent également des taux élevés d'hospitalisation.

Que la qualité du suivi médical et donc son économicité puissent être améliorées ne fait aucun doute. L'élimination systématique des actes inutiles est cependant plus efficace que les mesures globales d'économie.

Les avantages parlant en faveur de la médecine de premier recours et évoqués ci-dessus ont été clairement mis en évidence par les études scientifiques:

- une diminution globale de la morbidité (susceptibilité à la maladie) [36];
- une réduction du risque d'hospitalisation aussi bien pour les enfants [37] que pour les patients âgés [38], ainsi que du risque d'affections médicalement évitables dans les populations défavorisées [39].

La prise en charge par le médecin de famille présente aussi d'autres avantages qui n'ont encore été que très peu explorés:

- lors d'une consultation, le médecin est confronté en moyenne à 2,7 problèmes, impliquant 8 actes médicaux [40, 41]; dans près de 35% des consultations médicales, on traite simultanément un membre de la famille qui n'est pas présent au moment de la consultation [42], ce qui a des conséquences démontrées au niveau de la prise en charge du patient venu au cabinet [43];
- un suivi médical soigneux, avec une bonne coordination des prestations d'aide à domicile et des consultations spécialisées, a un effet positif sur les coûts [44]; le recours dans les cabinets de médecine de premier recours à des «guidelines» informatisées pour le traitement des maladies cardiovasculaires et pulmonaires chroniques n'a en revanche pas entraîné d'effet d'économie mesurable [45]; d'un autre côté, on constate souvent que les patients atteints d'une maladie chronique ne sont pas impliqués de façon optimale dans leur traitement [46].

Conséquences de la responsabilisation financière des médecins de premier recours

On peut dire en résumé qu'après de innombrables études sur le sujet, il n'est toujours pas possible de savoir si la prise en charge d'un budget global de soins par les médecins-traitants entraîne une plus grande économicité et une meilleure qualité des soins, dans la perspective du patient [47]. La majorité des travaux qui ont étudié cette question ont une portée limitée, soit en raison de différences entre les populations de patients considérées (ce que l'on appelle le «case-mix»), soit à cause des critères de sélection retenus dans les collectifs comparés. A elle seule, la responsabilité financière n'a en tous les cas jamais conduit à une diminution des demandes de consultations spécialisées, dans les différentes études qui se sont penchées sur le sujet [35].

Références

- 1 Perrenoud JP, Bosshart R. Bedeutung der Allgemeinen Medizin und ihre Stellung zur medizinischen Wissenschaft (Gründung einer Arbeitsgemeinschaft für Allgemeine Medizin). Schweiz Ärztezeitung 1967;48:785-802.
- 2 Hausarztmedizin. Kantonsrat lehnt Institut für Hausarztmedizin an der Universität ab. Tages-Anzeiger, 11. Februar 2003.

- 3 Grumbach K, Lee PR. How many physicians can we afford? *JAMA* 1991;265:2369–72.
- 4 Baumberger J. Wie viele Ärzte braucht das Land? *St. Galler Tagblatt*, 19. Februar 2003.
- 5 Sofaer S, Woolley SF, Kenney KA, Kreling B, Mauery DR. Meeting the Challenge of Serving People With Disabilities: A Resource Guide for Assessing the Performance of Managed Care Organizations. Center for Health Outcomes Improvement Research, Center for Health Policy Research, July 1998. (DALTCP2@OSASPE. DHHS.GOV)
- 6 Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med* 2001;14:499–511.
- 7 Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited – protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992;327:424–9.
- 8 Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, et al. Variations in resource utilization among medical specialists and systems of care: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1992;267:1624–30.
- 9 Kravitz RL, Greenfield S. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *Annu Rev Public Health* 1995;16:431–45.
- 10 Spiegel JS, Rubenstein LV, Scott B, Brook RH. Who is the primary physician? *N Engl J Med* 1983;308:1208–12.
- 11 Lune N, Ward NB, Shapiro MF, Gallego C, Vaghaiwalla R, Brook RH. Termination of medical benefits: a follow-up study one year later. *N Engl J Med* 1986;314:1266–8.
- 12 Rhee SO, Luke RD, Lyons TF, Payne BC. Domain of practice and the quality of physician performance. *Med Care* 1981;19:14–23.
- 13 Cooper RA. Seeking a balanced physician workforce for the 21st century. *JAMA*. 1994;272:680–7.
- 14 St Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. *N Engl J Med* 1999; 341: 1980–5.
- 15 Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Basel: Pharma Information, 2002.
- 16 Switzerland 2000. In: http://www.observatory.dk/frame_index_main.htm, ed. Health Care Systems in Transition: European Observatory on Health Care Systems, 2000:45.
- 17 Switzerland 2000. In: http://www.observatory.dk/frame_index_main.htm, ed. Health Care Systems in Transition: European Observatory on Health Care Systems, 2000:59.
- 18 Redfern J, Bowling A. Efficiency of care at the primary-secondary interface: variations with GP fundholding. *Health & Place* 2000;6:15–23.
- 19 Switzerland 2000. In: http://www.observatory.dk/frame_index_main.htm, ed. Health Care Systems in Transition: European Observatory on Health Care Systems, 2000:60.
- 20 Patients evaluate general/family practice – the europep instrument. Richard Grol and Michel Wensing for the for the europep group. Task force on patient evaluations of general practice care. Mediagroep KUN/UMC, Nijmegen, NL: 2000 ISBN 90–76316–11–2.
- 21 www.swisspep.ch/pages/swisspep_TOP_10_Benchmark.pdf.
- 22 Forrest CB. Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 2003;326 (7391):692–5.
- 23 Domenighetti G, Gutzwiller F, Guillod O, Quaglia J, Pennetti C. La pensée et maîtrise des coûts sanitaires en Suisse. *Schweiz. Aerztezeitung* 1997;78:588–90.
- 24 Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127(12):1097–102.
- 25 Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unutzer J, Lin EH, Walker EA, Bush T, Rutter C, Ludman E. Cost-Effectiveness of a Collaborative Care Program for Primary Care Patients With Persistent Depression. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1638–44.
- 26 Quinn DC, Graber AL, Elasy TA, Thomas J, Wolff K, Brown A. Overcoming turf battles: developing a pragmatic, collaborative model to improve glycemic control in patients with diabetes. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27(5):255–64.
- 27 Zambori J, Szadoczky E, Rozsa S, Furedi J. Cost-outcome of Anxiety Treatment Intervention in Primary Care in Hungary. *J Ment Health Policy Econ* 2002;5(3):115–20.
- 28 Forrest CB, Nutting P, Werner JJ, Starfield B, von Schrader S, Rohde C. Managed health plan effects on the specialty referral process: results from the Ambulatory Sentinel Practice Network referral study. *Med Care* 2003;41(2):242–53.
- 29 Buschor E. Wie schlank ist schlanke Medizin? *Journal der Aerztekasse* 1994;46:10–12.
- 30 Ferris TG, Chang Y, Blumenthal D, Pearson SD. Leaving gatekeeping behind – effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 2001;345(18):1312–7.
- 31 Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. *JAMA* 1999;281:2045–9.
- 32 Coulter, A. Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *European Journal of Public Health* 1995;5:233–9.
- 33 Coulter A, Seagroatt V, McPherson K. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. *BMJ* 1990; 301: 273–6.
- 34 Domenighetti D, Pipitone E. Induction de l'offre de prestations médicales par la demande. Un essai de quantification pour la Suisse. *PrimaryCare* 2002;2:241–5.
- 35 Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001; 323:746–9.
- 36 Gordis L. Effectiveness of comprehensive care programs in preventing rheumatic fever. *N Engl J Med* 1973;289:331–5.
- 37 Alpert JJ, Robertson LS, Kosa J, Heagarty MC, Haggerty RJ. Delivery of health care for children: report of an experiment. *Pediatrics* 1976;57:91730.
- 38 Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *JAMA* 1984;252:2413–7.
- 39 Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff (Millwood)* 1990;9(4):158–65.
- 40 Wick A, Künzi B. Gibt es den typischen Allgemeinpraktiker? *Schweiz Rundsch Med Prax* 1993; 82(3): 62–7.
- 41 Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. Addressing Multiple Problems in the Family Practice Office Visit. *J Fam Pract* 2001;50:211–6.
- 42 Main DS, Holcomb S, Dickinson P, Crabtree BF. The effect of families on the process of outpatient visits in family practice. *J Fam Pract* 2001;50(10):888.
- 43 Flocke SA, Goodwin MA, Stange KC. The effect of a secondary patient on the family practice visit. *J Fam Pract* 1998;46(5):429–34.
- 44 Johansson B, Glimelius B, Sjoden PO. The effects of intensified primary health care. *Lakartidningen* 2003;100(17):1524–6 1529–31.
- 45 Eccles M, McColl E, Steen N, Rousseau N, Grimshaw J, Parkin D, Purves I. Effect of computerised evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002;325(7370):941.
- 46 Elwyn G, Todd S, Hibbs R, Thapar A, Edwards P, Webb A, Wilkinson C, Kerr M. A “real puzzle”: the views of patients with epilepsy about the organisation of care. *BMC Family Practice* 2003 4:4.
- 47 Redfern J, Bowling A. Efficiency of care at the primary-secondary interface: variations with GP fundholding. *Health & Place* 2000;6:15–23.

Je nach dem, was die Eidgenössischen Räte letztlich entscheiden werden ... und je nach dem Ausgang eines allfälligen Referendums könnte es in Zukunft den kantonalen Regierungen übertragen werden, zu bestimmen, wie viele Ärzte pro Fachgebiet in jedem einzelnen Kanton eine Arbeitserlaubnis erhalten werden.

Es wird daher absolut nötig sein, dass sich jeder unserer kantonalen und regionalen Verbände dafür einsetzt, seinem jeweiligen Regierungsrat die Bedeutung der Allgemeinmedizin im Gesundheitswesen klarzumachen. – Die Zukunft unseres Fachgebietes wird zu einem guten Teil von der Klarheit dieser Botschaft abhängen!

In dieser Situation hat unser Kollege Beat Künzi auf Ersuchen des Vorstandes das hier abgedruckte Argumentarium verfasst.

Es handelt sich um einen bemerkenswert gut dokumentierten Artikel von hervorragender Qualität, einen mehr als überzeugenden Text, für den der SGAM-Vorstand dem Autor herzlich dankt.

Der Vorstand der SGAM

Der Beitrag der Hausärzte an eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Beat Künzi

Zusammenfassung

Hausärzte betreuen Patienten im Vergleich zu den Spezialärzten

- umfassender,
- kontinuierlicher und
- weniger aufwendig (für vergleichbare Patienten)
- mit meist gleich gutem Resultat.

Hausärzte nur als Gatekeeper haben auf die Kosten und die Betreuungsqualität aufgrund der schweizerischen und internationalen Erfahrungen kaum einen günstigen Einfluss. Optimale Resultate werden jedoch v.a. bei guter Kooperation der beiden Disziplinen nachgewiesen.

In der Schweiz ergeben sich durch das relative Übergewicht an Spezialärzten (v.a. in städtischen Agglomerationen) jedoch eine suboptimale Versorgung und höhere Kosten. Gerade weil heute der optimale Mix zwischen Hausärzten und Spezialisten nicht genau festgelegt werden kann, verbaut jede Zementierung dieser Situation (durch Kontingentierung) eine sinnvolle Entwicklung bezüglich Kostensenkung und Verbesserung der Patientenbetreuung.

Vorbemerkungen zur aktuellen Situation der Hausarztmedizin

Vor drei Dekaden begannen Hausärzte weltweit, sich über eigene Standesorganisationen eine eigene Identität zu schaffen. Auch in der Schweiz wurde damals über die Bedeutung der Allgemeinmedizin nachgedacht [1]. In der Zwischenzeit sind die Hausärzte in vielen Ländern zu einem tragenden Element der medizinischen Versorgung geworden. Doch was für Patienten und Hausärzte zur Selbstverständlichkeit geworden ist, wird heute in der Schweiz von Dritten bereits wieder in Frage gestellt. Hausarztmodelle, als kostensparende Versicherungsprodukte definiert und verstanden, wurden wieder aufgehoben. Und die Hausarztmedizin kämpft hierzulande weiter um einen angemessenen Platz in den von Spezialisten dominierten medizinischen Fakultäten [2]. Gefördert durch solche Entwicklungen, erleben immer mehr Patienten ein kostspieliges Gesundheitssystem als unpersönlichen Selbstbedienungsladen, in dem es gilt, ein Stück Medizintechnologie zu ergattern. Doch angesichts wachsender gesellschaftlicher Probleme, psychosozialer Not und wahrem Schicksal trägt «Gesundheit» gerade als Konsumgut und Markt oft kaum zu einer Besserung individueller Be-

findlichkeit und Funktionierens bei. Und gar als dumm verkauft kommen sich jene vor, die dem Ideal einer langjährigen vertrauensvollen hausärztlichen Betreuung nachhängen und die heutigen – zugegebenermassen hochkomplexen – medizinischen Möglichkeiten nur massvoll nutzen.

Mit diesen Entwicklungen stehen die Hausärzte und mit Ihnen die Hausarztmedizin auf dem Prüfstand. Wurden sie durch die rasanten Entwicklungen zum ausgebrannten Modell von gestern? An dieser Stelle soll die Frage beantwortet werden, ob und inwiefern die Hausärzte den heutigen Anforderungen gewachsen sind. Alle nachfolgenden Aussagen sind durch wissenschaftliche Studien belegt (vgl. Literatur).

Bedeutung der Hausarztmedizin

Nachfolgend wird der Beitrag der Hausärzte an eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung in der Schweiz unter den drei heute kontrovers diskutierten Qualitätsaspekten beleuchtet:

1. Struktur: System mit angemessenen Kapazitäten;
2. Prozess: Kooperation in «Netzwerken», ärztliche Budgetverantwortung;
3. Resultate: Kosten, Wirksamkeit.

Obwohl heute vor allem Punkt 1 im Zentrum der politischen Diskussion und Steuerungsabsichten steht, empfiehlt es sich, ebenso die beiden anderen Qualitäten im Auge zu behalten.

System mit angemessenen Kapazitäten

Die Frage, wie viele Ärzte eine Gesellschaft braucht [3] bzw. wieviel sie für eine optimale Gesundheitsversorgung bezahlen kann und will, stellt sich und wird sich immer wieder stellen [4]. In allen Fällen gilt es zwei Dinge finanziell zu sichern: den Zugang der Versicherten zu Leistungen und die Sicherheit und das Wohl der Patienten – nicht zuletzt auch unter dem Aspekt der Belastung, die den Leistungserbringern zugemutet werden kann.

- Die Frage, welche Zusammensetzung («skills mix») der ärztlichen und paramedizinischen Leistungserbringer für eine effiziente Versorgung erforderlich ist, wurde bisher auf Makroebene kaum sy-

stematisch erforscht [5, 6]. Mehrere Studien zeigen, dass gut ausgebildete Hausärzte im Vergleich mit Spezialärzten gleiche Krankheiten weniger aufwendig behandeln [7–9]. Mehrfach untersucht wurde, ob dies auch zu unterschiedlich guten Behandlungsergebnissen führt. Allerdings liessen sich in den meisten Studien diesbezüglich keine Unterschiede feststellen [10], nur in einem kleinen Teil zeigten sich bessere Resultate für Spezialisten [11] oder für Hausärzte [12] – je nach untersuchter Krankheit. Bis heute ist diesbezüglich also keine abschliessende Aussage möglich. Studien, die Vorteile spezialärztlicher Behandlung aufzeigen, vermischen diese oft mit der Anwendung von strukturierten Protokollen oder Guidelines. Gut belegt ist, dass Hausärzte Patienten umfassender und mit einer höheren Kontinuität betreuen als Spezialisten [7].

- Diese Vorteile hausärztlicher Betreuung führten zusammen mit dem Wunsch nach einer Kostenkontrolle vor allem in den teuren und von Spezialisten dominierten Systemen (z.B. in den USA oder in der Schweiz) zur Entwicklung von Managed-care-Modellen und zum Trend der Umstrukturierung der Generalisten-Spezialisten-Relation [13]. Hausärzte übernehmen im Rahmen dieser Entwicklung zunehmend komplexe Aufgaben und mehr Verantwortung – unter gleichzeitiger Verpflichtung zu Kosteneinsparungen [14].
- In der Schweiz wurden im Jahr 2001 über 55 Mio. Konsultationen in Arztpraxen registriert [15]. Jeder Schweizer konsultierte im Durchschnitt etwa 11mal pro Jahr einen Arzt, also etwa doppelt so häufig wie Einwohner im EU-Raum [16]. Die Ärztedichte war 1998 in der Schweiz mit etwa 320 Ärzten/100 000 Einwohner jedoch gleich hoch wie in den EU-Staaten [17]. Die überwiegende Mehrheit dieser Patienten konsultiert dabei zuerst ihren Hausarzt bzw. einen medizinischen Grundversorger – Studien aus anderen Ländern belegen einen Anteil von bis zu 90% [18]. Genaue Vergleichszahlen aus der Schweiz fehlen. Ein kennzeichnendes Charakteristikum der Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist die drei- bis vierfach höhere Ärztedichte in städtischen verglichen mit ländlichen Agglo-

- merationen, bedingt durch ein dichtes Spezialistenangebot in den Städten [19]. Hausärzte, welche ihre Praxen in ländlichen Gebieten übergeben möchten, finden heute häufig keinen Nachfolger mehr.
- Der Zugang der Patienten zu Hausärzten ist in der Schweiz im europäischen Vergleich exzellent: 77% von 1497 Patienten aus 36 zufällig ausgewählten Hausarztpraxen waren mit dem Angebot an Konsultationsterminen maximal zufrieden (Deutschland 67%, Schweden 55%, Holland 49%, UK 33%) [20]. QualiDoc®-Praxisevaluationen durch das swisspep-Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen zeigen, dass heute 69% von 9153 befragten Patienten mit dem Terminangebot ihres Hausarztes maximal zufrieden sind. Der entsprechende Benchmark der swisspep-TOP-10-Praxen liegt 2003 bei 79% [21].

Kooperation in «Netzwerken» und ärztliche Budgetverantwortung

- Europäische Länder, die den Zugang zu medizinischen Leistungen nur über ärztliche Grundversorger (sog. «Gatekeeper») zulassen, gaben 1998 einen signifikant geringeren Anteil des Bruttoinlandprodukts für Gesundheit aus als Länder, in denen Patienten freien Zugang zu Spezialisten haben [22].
- Zwischen Hausärzten und Spezialisten bestehen bezüglich der Art und Weise, wie eine bezahlbare zukünftige Gesundheitsversorgung aussehen sollte, kaum überbrückbare Widersprüche. So zeigte eine Studie unter Schweizer Ärzten, dass die Rolle der Hausärzte als «Gatekeeper» von 80% der Hausärzte völlig oder zumindest teilweise akzeptiert wurde, hingegen nur von 35% der Spezialisten [23].
- Neuere Studien zeigen demgegenüber eindrucklich, dass Patienten mit kostspieligen chronischen Krankheiten am wirksamsten und kostengünstigsten von einem Team betreut werden, in dem Hausärzte und Spezialisten kooperieren [24–26].
- Eine kostenintensivierte interdisziplinäre Betreuung führt wohl zu höheren direkten Kosten, spart jedoch insgesamt – wenn man auch die der Gesellschaft entstehenden indirekten Kosten wie Arbeitsunfähigkeit usw. berücksichtigt – klar Ressourcen [27].
- Entsprechend zeigen neueste Studien aus den USA, dass privatversicherte Patienten in gleicher Masse überwiesen werden, unabhängig davon, ob sie von einem Arzt mit oder ohne Gatekeeping-Funktion betreut werden. Tendentiell überweisen Ärzte mit Gatekeeper-Funktion sogar eher einen höheren Anteil ihrer Patienten an Spezialisten [28]!

Resultate

Kosten

Die Finanzierung unseres Gesundheitswesens steht mittelfristig vor grossen Problemen, falls die Kostenentwicklung nicht besser unter Kontrolle gebracht werden kann.

- In der Schweiz zeigt sich, dass die Entwicklung der Kosten pro Versicherten stark von der Ärztedichte abhängig ist. Interessant ist, dass eine zunehmende Ärztedichte in der Regel die durchschnittlichen *Fallkosten* steigert, weil sie vor allem auf eine hohe Spezialistendichte zurückzuführen ist [29]. Daher erhoffte man sich allein aus der Schaffung von Hausarztmodellen Kosteneinsparungen. In einem grossen Patientenkollektiv zeigte sich – nach der oben geschilderten Entwicklung und in einem Spezialisten-dominierten System – nach Aufhebung eines Gatekeeping-Systems keine Zunahme der Konsultationen bei Spezialisten (Ausnahme: Patienten mit akuten Rückenschmerzen) [30].
- Gatekeeper-Systeme reduzieren nach Einführung die Kosten um max. 3–5% und im Langzeitverlauf höchstens um 1–2% [31].

Wirksamkeit

- Gemessen mit den internationalen Indikatoren ist der Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz unbestritten sehr gut [16, 17].
- Angesichts weiter steigender Gesundheitskosten und der nicht erklärbar hohen Variation hausärztlicher Überweisungs-raten zweifeln Gesundheitspolitiker jedoch auch an der hausärztlichen Effizienz [32]. Oft wird vermutet, dass derartige Varianzen durch unnötige Überweisungen an Spezialisten zustande kämen, was je-

doch in Studien eindeutig widerlegt werden konnte [33]. Diese zeigten in Praxispopulationen mit hohen Überweisungsraten an Spezialisten auch entsprechend höhere Raten an indizierten Spitaleinweisungen.

Dass der Betreuungsprozess und damit die Kosteneffizienz laufend weiter verbessert werden kann, bleibt unbestritten [34]. Dazu bringt die systematische Elimination von Unwesentlichem mehr als generelles Kostenspardenken [35].

Die folgenden Vorteile hausärztlicher Betreuung wurden in Untersuchungen gut belegt:

- allgemein reduzierte Morbidität (Krankheitsanfälligkeit) [36];
- eine Reduktion des Risikos für eine Spitaleinweisung sowohl für Kinder [37] wie geriatrische Patienten [38] und auch für medizinisch vermeidbare Affektionen von sozial Schwächeren [39].

Einige weitere Vorteile hausärztlicher Betreuung wurden bisher nur wenig untersucht:

- Durchschnittlich werden pro Konsultation 2,7 Probleme und 8 ärztliche Handlungen beobachtet [40, 41]. In etwa 35% der hausärztlichen Konsultationen wird auch ein nicht in der Konsultation anwesendes Familienmitglied mitbetreut [42], was sich nachweislich auch auf die Betreuung des Indexpatienten auswirkt [43].
- Eine intensive hausärztliche Betreuung mit Koordination der Spitex- und Spezialarzt-Leistungen ist kosteneffizient [44]. Der Einsatz von computergestützten Guidelines in Hausarztpraxen zur Betreuung von chronisch Lungen- und Herzkranken zeigte jedoch keinen nachweisbaren Effekt [45]. Patienten mit chronischen Krankheiten werden andererseits oft nicht optimal in die Behandlung einbezogen [46].

Auswirkung der Übernahme finanzieller Verantwortung durch Hausärzte

Zusammenfassend bleibt aufgrund unzähliger bisheriger Studien unklar, ob die Übernahme der Verantwortung für das Gesamtbudget durch die behandelnden Ärzte zu mehr Kosteneffizienz und patientenrelevanter Qualität führt [47]. Die meisten diesbezüglichen Untersuchungen haben durch den Ein-

fluss der unterschiedlichen Patientencharakteristika (sog. Case-Mix) und der Selektionsfaktoren in den verglichenen Populationen nur beschränkte Aussagekraft. Budgetverantwortung führte jedoch in verschiedenen Untersuchungen keinesfalls zu einer Reduktion der Überweisungen [35].

Literatur

- 1 Perrenoud JP, Bosshart R. Bedeutung der Allgemeinen Medizin und ihre Stellung zur medizinischen Wissenschaft (Gründung einer Arbeitsgemeinschaft für Allgemeine Medizin). Schweiz Ärztezeitung 1967;48:785–802.
- 2 Hausarztmedizin. Kantonsrat lehnt Institut für Hausarztmedizin an der Universität ab. Tages-Anzeiger, 11. Februar 2003.
- 3 Grumbach K, Lee PR. How many physicians can we afford? JAMA 1991;265:2369–72.
- 4 Baumberger J. Wie viele Ärzte braucht das Land? St. Galler Tagblatt, 19. Februar 2003.
- 5 Sofaer S, Woolley SF, Kenney KA, Kreling B, Mauery DR. Meeting the Challenge of Serving People With Disabilities: A Resource Guide for Assessing the Performance of Managed Care Organizations. Center for Health Outcomes Improvement Research, Center for Health Policy Research, July 1998. (DALTCP2@OSASPE.DHHS.GOV)
- 6 Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. J Gen Intern Med 2001;14:499–511.
- 7 Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited – protecting patients from overtreatment. N Engl J Med 1992;327:424–9.
- 8 Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, et al. Variations in resource utilization among medical specialists and systems of care: results from the Medical Outcomes Study. JAMA 1992;267:1624–30.
- 9 Kravitz RL, Greenfield S. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Annu Rev Public Health 1995;16:431–45.
- 10 Spiegel JS, Rubenstein LV, Scott B, Brook RH. Who is the primary physician? N Engl J Med 1983;308:1208–12.
- 11 Lune N, Ward NB, Shapiro MF, Gallego C, Vaghaiwalla R, Brook RH. Termination of medical benefits: a follow-up study one year later. N Engl J Med 1986;314:1266–8.
- 12 Rhee SO, Luke RD, Lyons TF, Payne BC. Domain of practice and the quality of physician performance. Med Care 1981;19:14–23.
- 13 Cooper RA. Seeking a balanced physician workforce for the 21st century. JAMA. 1994;272:680–7.
- 14 St Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. N Engl J Med 1999; 341: 1980–5.
- 15 Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Basel: Pharma Information, 2002.
- 16 Switzerland 2000. In: http://www.observatory.dk/frame_index_main.htm, ed. Health Care Systems in Transition: European Observatory on Health Care Systems, 2000:45.
- 17 Switzerland 2000. In: http://www.observatory.dk/frame_index_main.htm, ed. Health Care Systems in Transition: European Observatory on Health Care Systems, 2000:59.
- 18 Redfern J, Bowling A. Efficiency of care at the primary-secondary interface: variations with GP fundholding. Health & Place 2000;6:15–23.

- 19 Switzerland 2000. In: http://www.observatory.dk/frame_index_main.htm, ed. Health Care Systems in Transition: European Observatory on Health Care Systems, 2000:60.
- 20 Patients evaluate general/family practice – the europep instrument. Richard Grol and Michel Wensing for the for the europep group. Task force on patient evaluations of general practice care. Mediagroep KUN/UMC, Nijmegen, NL: 2000 ISBN 90–76316–11–2.
- 21 www.swisssep.ch/pages/swisssep_TOP_10_Benchmark.pdf.
- 22 Forrest CB. Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 2003;326(7391):692–5.
- 23 Domenighetti G, Gutzwiller F, Guillod O, Quaglia J, Pennetti C. La pensée et maîtrise des coûts sanitaires en Suisse. *Schweiz. Aerztezeitung* 1997;78:588–90.
- 24 Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127(12):1097–102.
- 25 Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unutzer J, Lin EH, Walker EA, Bush T, Rutter C, Ludman E. Cost-Effectiveness of a Collaborative Care Program for Primary Care Patients With Persistent Depression. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1638–44.
- 26 Quinn DC, Graber AL, Elasy TA, Thomas J, Wolff K, Brown A. Overcoming turf battles: developing a pragmatic, collaborative model to improve glycemic control in patients with diabetes. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27(5):255–64.
- 27 Zambori J, Szadoczky E, Rozsa S, Furedi J. Cost-outcome of Anxiety Treatment Intervention in Primary Care in Hungary. *J Ment Health Policy Econ* 2002;5(3):115–20.
- 28 Forrest CB, Nutting P, Werner JJ, Starfield B, von Schrader S, Rohde C. Managed health plan effects on the specialty referral process: results from the Ambulatory Sentinel Practice Network referral study. *Med Care* 2003;41(2):242–53.
- 29 Buschor E. Wie schlank ist schlanke Medizin? *Journal der Aerztekasse* 1994;46:10–12.
- 30 Ferris TG, Chang Y, Blumenthal D, Pearson SD. Leaving gatekeeping behind – effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 2001;345(18):1312–7.
- 31 Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. *JAMA* 1999;281:2045–9.
- 32 Coulter, A. Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *European Journal of Public Health* 1995;5:233–9.
- 33 Coulter A, Seagroatt V, McPherson K. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. *BMJ* 1990; 301: 273–6.
- 34 Domenighetti D, Pipitone E. Induction de l'offre de prestations médicales par la demande. Un essai de quantification pour la Suisse. *PrimaryCare* 2002;2:241–5.
- 35 Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001;323:746–9.
- 36 Gordis L. Effectiveness of comprehensive care programs in preventing rheumatic fever. *N Engl J Med* 1973;289:331–5.
- 37 Alpert JJ, Robertson LS, Kosa J, Heagarty MC, Haggerty RJ. Delivery of health care for children: report of an experiment. *Pediatrics* 1976;57:91730.
- 38 Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *JAMA* 1984;252:2413–7.
- 39 Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff (Millwood)* 1990;9(4):158–65.
- 40 Wick A, Künzi B. Gibt es den typischen Allgemeinpraktiker? *Schweiz Rundsch Med Prax* 1993; 82(3): 62–7.
- 41 Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. Addressing Multiple Problems in the Family Practice Office Visit. *J Fam Pract* 2001;50:211–6.
- 42 Main DS, Holcomb S, Dickinson P, Crabtree BF. The effect of families on the process of outpatient visits in family practice. *J Fam Pract* 2001;50(10):888.
- 43 Flocke SA, Goodwin MA, Stange KC. The effect of a secondary patient on the family practice visit. *J Fam Pract* 1998;46(5):429–34.
- 44 Johansson B, Glimelius B, Sjoden PO. The effects of intensified primary health care. *Lakartidningen* 2003;100(17):1524–6 1529–31.
- 45 Eccles M, McColl E, Steen N, Rousseau N, Grimshaw J, Parkin D, Purves I. Effect of computerised evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002;325(7370):941.
- 46 Elwyn G, Todd S, Hibbs R, Thapar A, Edwards P, Webb A, Wilkinson C, Kerr M. A 'real puzzle': the views of patients with epilepsy about the organisation of care. *BMC Family Practice* 2003 4:4.
- 47 Redfern J, Bowling A. Efficiency of care at the primary-secondary interface: variations with GP fundholding. *Health & Place* 2000;6:15–23.