

Die Arzt-Patienten-Beziehung und die Einheitskasse

Was erwarten die Leser von einem Editorial? Mir persönlich gefallen solche Editorials am besten, die einen Bezug zu einem Beitrag im Heft oder zur Aktualität haben.

Zum Thema der schwierigen Arzt-Patienten-Beziehung habe ich kürzlich einen aufschlussreichen Artikel gelesen.¹ Soll ich mich zur Einheitskasse äussern? In einer Umfrage, die vor ein paar Tagen im «Bund» veröffentlicht wurde, soll sich eine Mehrheit der Hausärzte für eine Einheitskasse ausgesprochen haben.² Unsere Standesorganisation hat diesbezüglich Stimmfreigabe beschlossen.

Ich glaube nicht an die regulativen Fähigkeiten eines freien Marktes, der bedarfs- und bedürfnisgerecht die dafür notwendigen Ressourcen bereitstellt, um ein soziales, finanzierbares Gesundheitswesen sicherzustellen.

Die Einheitskasse (weniger Markt) ist meines Erachtens zum Beispiel durchaus ein indirektes Argument gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges (mehr Markt) oder gegen die Jagd auf die «guten» Risiken unter den Versicherungsnehmern (mehr Markt). Die Einheitskasse wird aber kaum *die Probleme* des Gesundheitswesens auf wundersame Weise zum Verschwinden bringen. Die Verantwortung für bestimmte Entscheide und deren Umsetzung würde vom anonymen Markt oder von wenig kontrollierbaren, kartellähnlichen Strukturen auf identifizierbare Strukturen übertragen, die politisch zur Rechenschaft gezogen werden können, was ich persönlich schätze. Der Entscheid des Bundesrates, den Selbstbehalt für Originalpräparate und deren

Generika unterschiedlich zu gestalten (weniger Markt), hatte für mich erstaunlich rasche und in ihrem Ausmass positive Auswirkungen. Gezielte wirtschaftliche Anreize können offensichtlich auch regulierend wirken (weniger Markt?).

Würde die Einheitskasse einen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung haben? Die dyadische Arzt-Patienten-Beziehung bildete bisher die Grundlage für unsere ärztliche Tätigkeit, doch ist (sind) als drittes seit jeher zumindest noch die Krankheit(en) im Raum. Das Wissen um die Krankheit ist ja das, was uns Ärzte charakterisiert. Die Arzt-Patienten-Beziehung findet in einem spezifischen Kontext statt. Teile dieses Kontexts beeinflussen zunehmend die Beziehung und scheinen als dritte Instanz für sich einen Platz zu beanspruchen.

Es sind ja nicht nur die Krankenkassen, die über Kostengutsprachen, die Bewilligungspflicht von Psychotherapien oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen verstärkt Einfluss auf die Behandlung nehmen. Der informierte Patient weiss aus dem Internet, was ihm fehlt und was er will und hat sich oftmals auch juristisch gerüstet, damit er dies bekommt. Wird in Zukunft das Setting unserer Tätigkeit nicht mehr die Zweierbeziehung, sondern das Dreieck oder der beziehungslose auf Sicherheit und Effektivität getrimmte, roboterisierte Selbstbedienungsladen sein? Arzt-Internet-Patient oder Arzt-Sozialversicherung-Patient, Ausführender medizinischer Handlungen-Checkliste/evidenzbasierte Medizin-Kunde?

Müssen wir zunehmend davon ausgehen, dass die klassische dyadische Arzt-Patienten-Beziehung ein Auslaufmodell ist, wie der Hausarzt selbst?

Ich möchte hier nicht in ein Requiem für den Hausarzt und die Arzt-Patienten-Beziehung einstimmen. Vielmehr geht es

darum, dass wir uns für diesen (Beziehungs-)Raum einsetzen müssen, um ihn mit dem Patienten gestalten zu können. Diese Gestaltungsfreiheit (inklusive der freien Arztwahl) und -verantwortung ist die Grundlage, um auch mit schwierigen Arzt-Patienten-Beziehungen professionell und für Arzt und Patient auf befriedigende Weise umgehen zu können. Über diese entscheidenden Fragen werden wir nicht abstimmen können, da dies Gegenstand der Ausführungsbestimmungen sein wird. Deswegen müssen unsere Organisationen diese Anliegen unabhängig vom Ausgang der Abstimmung weiter vertreten. Das Verhalten einer Einheitskasse gegenüber dem notwendigen Freiraum in einer Arzt-Patienten-Beziehung ist schwierig abzuschätzen, ist aber notwendigerweise Gegenstand einer politischen Diskussion.

Im jetzigen System kommt es immer häufiger zu einer Auseinandersetzung zwischen dem einzelnen Arzt und dem juristischen Apparat der Versicherungen.

Diese Auseinandersetzungen können vor einem Gericht landen, wo es dann nur noch um die Frage des Verschuldens (des Arztes) geht. Es ist also nicht erstaunlich, dass eine Mehrheit der Hausärzte eine Einheitskasse befürwortet.

Jede Regelung wird die Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussen. Ich werde mich nach der Abstimmung und vielleicht unter Berücksichtigung eines veränderten Kontexts im nächsten mir zugeteilten Editorial wieder mit der schwierigen Arzt-Patienten-Beziehung auseinandersetzen.



Marzio Sabbioni
Präsident der SGPPM

1 Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:533-41.

2 Feuz P. Aus Frust für die Einheitskasse. *Der Bund.* 2007;158(20. Januar):10.

Relation entre le médecin et le patient et caisse-maladie unique

Qu'est-ce qu'un éditorial devrait apporter aux lecteurs? Personnellement, je préfère les éditoriaux qui se réfèrent à un article de la revue ou à un thème d'actualité.

J'ai lu un article très instructif sur le difficile problème de la relation entre le médecin et le patient.¹ Dois-je m'exprimer sur la caisse-maladie unique? Selon un article du *Bund*, paru il y a quelques jours, les médecins généralistes ont approuvé majoritairement le principe d'une caisse-maladie unique.² Notre organisation corporative a décidé de ne pas donner de consigne de vote.

Je ne crois pas aux capacités de régulation d'un marché libre qui mettrait à disposition, en fonction des besoins, les ressources nécessaires à garantir un système de santé social dont le financement resterait possible.

La caisse-maladie unique (restriction du marché) constitue à mon avis un excellent argument indirect contre la levée de l'obligation de contracter (élargissement du marché) ou la chasse aux «bons» risques parmi les assurés (élargissement du marché). Toutefois, une caisse-maladie unique ne fera probablement pas disparaître comme par magie les *problèmes* du système de santé. La responsabilité des décisions et de leur mise en œuvre serait transférée d'un marché anonyme ou de structures de type cartel peu contrôlables vers des structures identifiables qui pourraient être appelées à rendre des comptes d'un point de vue politique, ce que, personnellement, j'apprécie. La décision du Conseil fédéral concernant une franchise différente pour les médicaments origi-

naux et leurs génériques (restriction du marché) entraîne selon moi des conséquences étonnamment rapides et positives. Des incitations économiques ciblées peuvent manifestement avoir des effets de régulation (restriction du marché?).

La caisse-maladie unique aurait-elle une influence sur la relation entre le médecin et le patient?

La relation duale entre le médecin et le patient est jusqu'à présent la base de notre activité médicale même si, depuis toujours, la maladie est également de la partie. La connaissance de la maladie est d'ailleurs bien ce qui nous caractérise en tant que médecins. La relation entre le médecin et le patient s'établit dans un contexte spécifique. Des éléments de ce contexte influencent toujours plus la relation et semblent désormais s'imposer en tiers dans celle-ci.

Ce ne sont pas uniquement les caisses-maladie qui interviennent par l'accord sur les coûts, l'obligation d'autorisation pour les psychothérapies ou les analyses de rentabilité qui influent toujours plus sur le traitement. Le patient bien informé trouve ce dont il souffre et ce qu'il veut sur Internet et s'est équipé juridiquement pour l'obtenir. A l'avenir, notre relation s'établira-t-elle, non plus comme un partenariat à deux, mais comme un triangle ou comme une sorte de self-service impersonnel visant exclusivement la sécurité et l'efficacité? La relation deviendra-t-elle un triangle médecin-internet-patient, médecin-assurance sociale-patient, ou encore exécuteur d'actes médicaux-check-lists/Evidence Based Medicine-patient?

Devons-nous progressivement admettre que la relation duale traditionnelle entre le médecin et le patient est un modèle tout aussi périmé que celui du médecin généraliste?

Je ne voudrais pas ici prononcer de requiem pour le médecin de famille ou pour la relation entre le médecin et le patient. Il s'agit bien plus que nous nous engageons pour cette relation afin de pouvoir la construire avec le patient. Cette liberté d'organisation (y compris celle du choix du médecin) et la responsabilité qui en découle constituent la base permettant d'entretenir des relations satisfaisantes et professionnelles même lorsque le rapport entre le médecin et le patient est difficile. Nous ne pourrions pas voter sur ces questions déterminantes qui feront l'objet des dispositions d'exécution. C'est pourquoi nos organisations doivent continuer à défendre ce sujet indépendamment du résultat du vote.

Le comportement d'une caisse-maladie unique en ce qui concerne la marge de liberté nécessaire dans la relation médecin-patient est difficile à évaluer mais devra nécessairement faire l'objet d'un débat politique.

Dans le système actuel, on constate des divergences toujours plus fréquentes entre le médecin et l'appareil juridique des assurances.

Ces discordances peuvent aboutir devant un tribunal et il s'agit alors uniquement d'inculper (le médecin). Il n'est donc pas étonnant qu'une majorité des médecins généralistes se prononce en faveur d'une caisse-maladie unique.

Tout règlement influencera la relation entre le médecin et le patient. Après la votation, et en prenant en compte un contexte peut-être différent, je me pencherai à nouveau sur la relation entre le médecin et le patient dans le prochain éditorial qu'il m'appartiendra de rédiger.

Marzo Sabbioni
Président de la SSMPP

1 Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:533-41.

2 Feuz P. Aus Frust für die Einheitskasse. *Der Bund.* 2006;158(20 janvier):10.