

Die Hausarztmedizin im öffentlichen Fokus

Die drei folgenden Texte von Markus Redlich, Carlos Quinto und Bernhard Stricker betreffen ein wichtiges und von vielen Politikerinnen und Politikern verdrängtes Problem: den bereits spürbaren und in Zukunft akzentuierten Hausarztmangel. Das Parlament entwirft Vorlagen (Beispiel Managed Care), ohne sicherzustellen, dass wir zukünftig dafür auch die notwendigen Hausärzte haben. Es gilt, mehr Ärztinnen und Ärzte auszubilden und dafür zu sorgen, dass ein genügender Teil dieser Studienabgänger auch die Laufbahn des Hausarztes einschlägt. Ein Sozialjahr anstelle des Numerus clausus, Anreize in der Aus- und Weiterbildung und Hausarztförderprogramme wie Praxisassistenzen bilden die Basis, aber zuletzt – und ganz wichtig – muss die Attraktivität des Hausarztberufes aufrechterhal-

ten werden. Dies mit Massnahmen wie einer generellen Überarbeitung des hausärztlichen Tarifs resp. der Tarifpositionen, einer korrekten Abgeltung des in der Grundversorgung so sinnvollen und wichtigen Praxislabors, vernünftigen Margen in der Selbstdispensation und einer adäquaten Finanzierung des hausärztlichen Notfalldienstes. Wir können uns nicht ewig darauf verlassen, dass uns die für die peripher gelegenen Länder Europas desaströse Ärztemigration auch in Zukunft immer genügend und gut ausgebildete Ärzte ins Land spült. Eine einzige Massnahme alleine wird das Problem nicht lösen. Es ist aber unsere Aufgabe, dieses zu erkennen, zu qualifizieren und quantifizieren und mit der Politik an konstruktiven Lösungen zu arbeiten.

Dr. med. Tobias Eichenberger

Der Ärztemangel ist hausgemacht – als Folge repressiver Gesundheitspolitik!

Die Schweiz läuft zurzeit geradewegs in einen ausgewachsenen Hausarztmangel, dem ein Spezialistenmangel auf den Fersen folgen wird.

Das Desaster ist hausgemacht! 20 Jahre repressive Gesundheitspolitik zeigen nun ihre Wirkung, denn seit 20 Jahren geben sich Politik und der Verband der Krankenversicherer alle Mühe, die Ärztinnen und Ärzte im Lande zu dezimieren. 1991 erliess das Parlament einen Beschluss gegen die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, den sogenannten Tarifstopp. Seit 20 Jahren müssen die Arztpraxen ohne jeglichen Teuerungsausgleich auf ihren Dienstleistungen wirtschaften. Für jedes Kleinunternehmen, egal welcher Art, ist das früher oder später der Untergang. 1998 wurde den Schulabgängern durch eine Zulassungsbeschränkung zum Studium (Numerus clausus) auch die Berufswahl massiv erschwert. Die letzten 10 Jahre durften die jungen Ärztinnen und Ärzte nach Abschluss ihrer Ausbildung keine Praxis mehr eröffnen – der Zulassungsstopp war in der Tat ein Berufsverbot. So strandeten die jungen Ärztinnen und Ärzte nach der Ausbildung in den Spitälern und haben sich zwangsläufig zu Spezialisten weiterge-

bildet oder haben sich in anderen Wirtschaftszweigen umgesehen. In jedem Falle stehen sie zur Behebung des Hausarztmangels nicht mehr zur Verfügung.

Ärzteeinkommen sinken

Begleitend zu alledem hat man auch nicht vor übler Nachrede und Verleumdung zurückgeschreckt. Jahrelang wurde die Ärzteschaft für die steigenden Kosten im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht und der betrügerischen Mengenausweitung bezichtigt. Tatsache ist, dass die ärztlichen Einkommen generell seit Jahrzehnten sinken und dass unsere stets grösser und älter werdende Bevölkerung den Fortschritt der Wissenschaft und die Segnungen der modernen Medizin beansprucht wie noch nie zuvor – und zwar von Jung und Alt! Den jüngsten Anschlag auf die Ärztinnen und Ärzte dieses Landes hat das Bundesamt für Gesundheit begangen, indem es den Labortarif massiv reduzierte. Was im Prinzip als generelle Massnahme gedacht war, traf ausgerechnet die Hausärztinnen und Hausärzte am härtesten. Derweilen blockiert der Verband der Schweizerischen Krankenversicherer die längst notwendige Revision des Arzttarifes und droht nebenbei den Hausärztinnen und Hausärzten immer wieder, die

Besuchspauschale aus dem Tarif zu streichen. Damit würden ausser den Laboruntersuchungen in der Praxis auch noch die Hausbesuche zum Verlustgeschäft werden. Wünschen denn die Patientinnen und Patienten diese Dienstleistungen wirklich nicht mehr?

Mangelscheinungen – auch bei den Spezialisten

Und jetzt wundert man sich landauf landab, wo denn die jungen Hausärztinnen und Hausärzte geblieben sind und weshalb alteingesessene Praxen ohne Nachfolger schliessen. Die Antwort liegt nahe: Unter solchen Voraussetzungen will schlicht keiner mehr diese anspruchsvolle und aufreibende Arbeit machen. Wer nimmt schon die Risiken der selbstständigen Erwerbstätigkeit auf sich mit der sicheren Aussicht auf einen lebenslangen, stetigen Werteverfall seines Angebotes? Daher lichten sich unterdessen bereits auch die Reihen der Spezialistinnen und Spezialisten. Auch hier ist mittelfristig der Nachwuchs zu gering, um die Abgänge und den steigenden Bedarf zu kompensieren. Die Mangelscheinungen werden einfach etwas später auftreten. Denn in der Zwischenzeit hat auch der zweitletzte Student realisiert, dass Arzt in freier Praxis ein Beruf ohne Zukunftspers-

spektive ist. Eingesperrt in einer Zwangsjacke aus administrativen Auflagen und ökonomischen Fesseln, wird dieses kleine Unternehmen immer ohne Aussicht auf wirtschaftliches Gedeihen bleiben.

Ein Beruf, der nicht mehr attraktiv ist, verkümmert und stirbt aus. Da helfen Lippenbekenntnisse und Pflasterlipolitik nichts. Es braucht handfeste und nachhaltige Massnahmen, in erster Linie um die wirtschaftliche Situation der Hausarztpraxen zu verbessern. Es ist weder im Sinne des Stimmbürgers noch des Prämienzahlers, die medizinische Versorgung auf Grund zu fahren. Ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen, welches für jeden jederzeit zugänglich sein soll, hat nun ein-

mal seinen Preis. Aber Sparmassnahmen zulasten derer, die das ganze System tragen, kann fatal ausgehen!

Unsinnige Zwangsmassnahmen

Ärzte und Ärztinnen übernehmen die ihnen aufgetragene Aufgabe und Verantwortung freiwillig. Ohne hohe ethische und moralische Selbstverpflichtung wird man nicht Arzt. Hohe Qualität ist nur in freier Berufsausübung zu erreichen. Zwangsmassnahmen blockieren jede Entwicklung. Die Ärzteschaft kennt ihren Beruf und das Gesundheitswesen besser als Politiker und Ökonomen. Sie sollten als Partner in der Gesundheitspolitik integriert und nicht als Gegner bekämpft wer-

den. Überbordende administrative und technische Auflagen müssen auf ein sinnvolles Mass reduziert werden. Den heute übermächtigen Krankenversicherern steht es nicht zu, das Gesundheitswesen zu bestimmen. Sie sind auf ihre Rolle als Versicherung und Zahlstelle zu verweisen. Gegen das Managed-Care-Gesetz hat die Ärzteschaft das Referendum ergriffen – Grundversorger und Spezialisten geeint, weil das Fass nun am Überlaufen ist. Weil sie sich für die Kranken und Gebrechlichen verantwortlich fühlen. Und weil Manager, Politiker und Ökonomen Bauchschmerzen nicht heilen können ...

Dr. med. Markus Redlich, Basel

Das doppelte Nadelöhr der Hausarztmedizin

Wie kommen wir zu mehr Hausärztinnen und Hausärzten? Indem wir die Aus- und Weiterbildung verbessern und die Tarife hausarztfreundlicher gestalten.

Das Kamel muss leider nicht nur durch ein, sondern durch zwei Nadelöhere gehen. Nadelöhr 1: Numerus Clausus und limitierte Praktikumsplätze. Nur ein Bruchteil der am Medizinstudium interessierten Maturandinnen und Maturanden kann Medizin studieren. Vielleicht bräuchte es auch eine noch bessere eidgenössische Finanzierung. Denn in den Hochschulstandortkantonen dürfte der zukünftige Ärztemangel nicht am grössten sein. Grosse, nichtuniversitäre Spitalzentren in der Schweiz sollten vermehrt in die universitäre Ausbildung miteingebunden werden, allerdings ohne gesteuerte Zwangsmassnahmen: Es ist unsinnig, mehr Studienplätze zu schaffen und die Studierenden bereits zu Studienbeginn auf eine spätere Hausarztstätigkeit verpflichten zu wollen. Ein Lob geht an die Institute für Hausarztmedizin, die den Studierenden unter tatkräftiger Unterstützung durch Praktizierende ausgezeichnete Praktika anbieten und ihnen dadurch den Hausarztberuf näherbringen. Ein Lob geht auch an das KHM respektive an die heutige Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin und an die Kantone, die Praxisassistenzen ermöglichen. Schliesslich sind die Spitäler und Kantone zu loben, die für die Weiterbildungsphase der Ausbildung Curricula mit Rotationsstellen geschaffen haben, die das Erlangen eines Facharztstitels für Allgemeine Innere Medizin organisatorisch erleichtern.

Nadelöhr 2: Die Tarifgestaltung und die Entlohnung der Grundversorgung. Das Problem ist spätestens seit 2007 bekannt (Publikationen Obsan). Packen wir es an!

An die Wand fahren

Gemäss einem Bericht des Gesundheitsobservatoriums (Obsan) von 2008 werden 2030 über 9 Millionen Konsultationen in Hausarztpraxen nicht mehr abgedeckt sein. Es handelt sich um eine mittlere Schätzung. Der Streubereich liegt (in dem unter Mitarbeit von Lausanner Gesundheitssystemforschern differenziert ausgearbeiteten Bericht) zwischen 5 und 14 Millionen. Trotz dieser eindeutigen Zahlen und Prognosen haben Krankenversicherer und das Bundesamt für Gesundheit in den letzten Jahren Massnahmen eingeleitet und umgesetzt (ob in Kenntnis von deren Tragweite oder nicht, bleibe dahingestellt), die letztlich die Grundversorgung an die Wand fahren. Dies ist nicht nur aus Sicht der Grundversorger, sondern auch aus der Perspektive von Public Health ein Skandal. Denn hausarztbasierte Versorgungssysteme sind kostengünstiger als spezialistenbasierte. Hausarztmedizin ist dank Langzeitbeziehung kostengünstig. Diese ist nur in einem Klima gegenseitigen Vertrauens zwischen Hausarzt und Patient möglich. Dazu muss der Arztberuf ein freier bleiben, damit er sich dem Patienten verpflichten und dieser darauf vertrauen kann. Das Berufsethos von Medizinern ist sicher nicht schlechter als jenes von Juristen und Ökonomen. Budgetmitverantwortung und Diagnosen auf Rechnungen werden sich störend bis zerstörend auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirken.

Komplexe versus komplizierte Systeme

Ein ehemaliger Amtsleiter hielt am Symposium zu 25 Jahren Evaluation in Public Health, sc. im BAG, am 17. Juni 2011 in Bern, einen ausgezeichneten Vortrag zum Thema «Komplexe versus komplizierte Systeme». Im Anschluss daran wurde das Vorgehen bei den Labortarifen als fehlerhaft bezeichnet, da die Komplexität des Systems wohl nicht ausreichend berücksichtigt worden war. Die Folgen sind bekannt: Die grösste relative Kostensteigerung im ambulanten Bereich nach der BAG-Intervention erfolgte im Laborbereich bei gleichzeitig weiterer Verminderung der Attraktivität des Hausarztberufes durch Überregulation und Lohneinbussen. Gewonnen haben die grössten Laboratorien (Blockanalysen lassen grüssen!). Verloren haben neben den Hausärzten und Hausärztinnen auch die Patienten, die häufiger telefonisch nach Laborresultaten nachfragen oder bei gewissen Untersuchungen Zweitkonsultationen in Anspruch nehmen müssen, da gewisse Resultate aus Qualitätsgründen und letztlich ethischen Gründen nicht am Telefon kommuniziert werden können.

Auch werden viel zu wenig Pflegende ausgebildet. Wie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften letzten Sommer in der Ärztezeitung monierte, kann nicht ein Mangelberuf durch einen anderen Mangelberuf ersetzt werden. Einstweilen können wir uns noch an gut ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften aus Deutschland «bedienen». Dabei hätte eigentlich auch unsere Jugend eine Chance verdient. Wegen DRG wurden aber bereits im Pflegebereich Lehrstellen gestrichen, sodass ausgezeich-

nete Pflegeschulen in Basel schliessen mussten. Und das gemäss Gesundheitsobservatorium bei einem auf 2030 projizierten Mangel von 120 000 bis 190 000 Pflegenden in der Schweiz. In ausreichender Zahl werden gegenwärtig nur «Fachangestellte Gesundheit» ausgebildet.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, die nun wirklich kein Hausarztclub ist und sich eher distinguert und zurückhaltend äussert, wurde letztes Jahr sehr deutlich: «Sollte ein Kommentar zum Bericht von 2007 über die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen und

Pflegenden im Jahre 2015 nochmals zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen wie der heutige (SAeZ, 2011;92:26), wäre der Versuch, Schaden vom Gesundheitswesen abzuwenden, wohl gescheitert!»

Fakten liegen auf dem Tisch

Kein Gesundheitspolitiker, kein Krankenversicherer, auch nicht das BAG wird sagen können: «Wir haben es nicht gewusst.» Die Fakten liegen seit vier Jahren auf dem Tisch. Möge die Ärzteschaft zusammen mit Patientenorganisationen, dem Bundesamt für Gesundheit und Krankenversi-

chern die noch verbleibenden vier Jahre nutzen. Möge der Graben zwischen «Primary Care» und «Public Health» wieder kleiner werden. Beide Fachgesellschaften haben ihre Jahrestagung zur selben Zeit, am 30. und 31. August 2012, in Lausanne. Die Kongressthemen «(Re-)Organizing Health Systems» und «Von der Diagnose zur Behandlung. What's in? What's out?» könnten unter gegenseitiger Partizipation wohl qualitativ besser, umfassender und mit mehr Weitblick angegangen werden.

Dr. med. Carlos Quinto MPH

Positive Zwischenbilanz der Basler Hausarzt-Förderprogramme

Eine erste Zwischenbilanz der Hausarzt-Förderprogramme beider Basel zeigt unterschiedliche Verläufe: In Baselland ist das Programm schneller angelaufen als im Stadtkanton, in beiden aber mit positiven Auswirkungen.

Spätestens seit der grössten nationalen (Haus-)Ärzte-Demo aller Zeiten am 1. April 2006 in Bern mit rund 12 000 Teilnehmenden ist im ganzen Land bekannt, dass die Schweiz direkt auf einen Hausärztemangel zusteuert, wenn nichts geschieht. Das heisst: Wenn keine politischen Massnahmen getroffen werden, die diese Entwicklung stoppen. Dass dieser Trend keine subjektive Wahrnehmung einer einzelnen Berufsgruppe oder eine regionale Besonderheit ist, hat das Institut für Hausarztmedizin an der Universität Basel mit harten Fakten nachgewiesen. Gemäss der repräsentativen Studie «Workforce 2005» werden bis 2016 die Hälfte der heute praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz in Pension gehen und bis 2021 werden es gar 75 Prozent sein. Das bedeutet: Bis in 4 Jahren werden rund 3200 und bis in 9 Jahren rund 4700 neue Hausärztinnen und Hausärzte benötigt, die das gleiche Pensum leisten wie die abtretenden, nur um den Status quo der jetzigen Grundversorgung aufrechterhalten zu können – ohne Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung.

Kantonale Gesundheitsdirektoren reagieren

Die kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) haben den Ernst der Lage schneller

erkannt als der Bund und 2009 die Kantone aufgefordert, im Sinne der Hausarztförderung zu intervenieren, und zwar hauptsächlich in den Bereichen Praxisassistenz, Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Aufwertung des Berufes. Konkret:

- Durch die **Förderung der Praxisassistenz** in einer Hausarztpraxis sollen angehende Hausärztinnen und -ärzte ihr künftiges Arbeitsgebiet direkt «vor Ort» kennenlernen.
- Durch eine sinnvolle neue Regelung des Notfalldienstes sollen die **Arbeitsbedingungen** der Hausärztinnen und Hausärzte verbessert werden. Speziell in ländlichen Gebieten sind die Hausärzte durch den Notfalldienst stark belastet, was sich angesichts des drohenden Hausärztemangels noch verschärfen wird.
- Die Universitätskantone wurden aufgefordert, in den Medizinischen Fakultäten ihrer Hochschulen **Institute für Hausarztmedizin** einzuführen, um den Beruf des Hausarztes aufzuwerten und für junge Medizinerinnen und Mediziner attraktiver zu machen. Dabei hat Basel schon früh eine Vorreiterrolle eingenommen: Basel hat 2005 als erster Universitäts-Kanton ein Institut für Hausarztmedizin geschaffen.

Gute Basler Zwischenbilanz

Die beiden Basler Kantone haben 2009 auf dieser Basis je ein 3-jähriges Hausarzt-Förderprogramm beschlossen, dessen erste Phase Ende 2011 zu Ende ging. **Der Kanton Basel-Landschaft** hatte im Sinne der GDK-Empfehlungen beschlos-

sen, insgesamt 17 Praxisassistenten-Stellen zu finanzieren. Für das Programm hatte der Landrat 2008 jährliche Mittel von 308 000 Franken bewilligt.

Gemäss Auskunft von Kantonsarzt Dr. med. Dominik Schorr ist die Zwischenbilanz positiv. Der hausärztliche Nachwuchs sei in den Landgemeinden durch das Förderprogramm nachhaltig gestärkt worden. Die jungen Ärztinnen und Ärzte blieben nach der Weiterbildung in der Regel den Gemeinden erhalten, in denen sie die Weiterbildung absolvierten. Dazu kamen positive Erfahrungen der Ausbildungs-Praktiker: Die meisten haben so gute Erfahrungen gemacht, dass sie sich für eine zweite Runde zur Verfügung gestellt haben.

Aufgrund der positiven Erfahrungen will der Regierungsrat das Programm ab 2012 weiterführen, aus finanziellen Gründen allerdings auf einem leicht reduzierten Niveau. Neu: Der Landrat hat die Vorlage des Regierungsrates am 12.1.2012 angenommen und einem Verpflichtungskredit von jährlich 250 000 Franken für weitere 3 Jahre zugestimmt. Damit werden aber nur noch 5 statt bisher 6 Halbjahres-Stellen finanziert. Dominik Schorr versichert aber, dass diese Reduktion nicht als Abwertung des Prinzips Praxisassistenz zu verstehen ist, sondern: «Die Kürzung wurde ausschliesslich vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzknappheit beschlossen.»

Neu: Im Kanton Baselland praktizieren Anfang 2012 410 Hausärzte, von denen 220 (=54%) Jahrgang 1957 oder älter sind und in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen werden. Im oberen Baselbiet ist der Anteil älterer praktizierender Ärztinnen und Ärzte am höchsten. Umgekehrt zieht es junge Ärztinnen und Ärzte immer

mehr in Spezialfächer, in denen weniger Notfalldienst geleistet werden muss, und auch oft in stadtnahe Gemeinden.

Auch der Kanton Baselstadt hat 2009 ein 3-jähriges Förderprogramm für Hausärztinnen und Hausärzte auf die Beine gestellt, das aber im Stadtkanton etwas langsamer angelaufen ist.

Gemäss Dr. med. Anja Oswald, stellvertretende Kantonsärztin des Kantons Baselstadt, sind im ersten Jahr (2009) keine Unterstützungsanträge beim zuständigen Departement eingegangen. Im Jahr 2010 konnten zwei, im Jahr 2011 sieben Hausarztanwärter unterstützt werden. Das Programm wird 2012 sicher wei-

tergeführt, Ende Jahr dann eine Bilanz gezogen. Bis Mitte Januar 2012 ist bisher ein Antrag für das Jahr 2012 eingegangen. Ende 2011 hatten im Kanton Basel-Stadt

278 Hausärztinnen und Hausärzte eine Praxisbewilligung.

Bernhard Stricker

Hausarzt-Förderung auf nationaler Ebene

Nachdem die Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte auf nationaler Ebene jahrelang erfolglos versucht hatten, ihre Anliegen bei den nationalen Behörden (BAG) einzubringen, und nachdem auch die Grosskundgebung am 1.4.2006 zu keinen konkreten Ergebnissen geführt hatte, beschlossen sie 2009, ihre Anliegen mittels **Eidgenössischer Volksinitiative** voranzutreiben.

Nach dem Start am 1.10.2009 und einer sehr kurzen Sammelzeit reichten die Hausärztinnen und Hausärzte am 1.4.2010 über 200 000 beglaubigte Unterschriften ein. Inzwischen hat der Bundesrat am 13.10.2010 beschlossen, der Volksinitiative einen direkten Gegenentwurf (auf Verfassungsebene!) gegenüberzustellen. Die Initiative kommt nun 2012 ins Parlament, der Ständerat wird sich als Erstrat damit befassen. (BS)

6. IV-Revision

Im Clinch zwischen Anspruch und Wirklichkeit eines Sozialwerks

An einem Podium der MedGes am 24.11.2011 in Basel wurden die Folgen der 6. IV Revision diskutiert. **Fazit: Trotz Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Finanzdruck muss die IV ein solidarisches Gemeinschaftswerk bleiben.**

MedGes-Präsident Dr. med. F. Eymann, der gut 100 Interessierte willkommen heissen konnte, stellte gleich zu Beginn das Thema 6. IV-Revision in einen grösseren Zusammenhang: Er verstehe die Zielsetzung der Politik, die aufgelaufenen, hohen IV-Schulden abzubauen. Aber es gelte auch, den Gemeinschaftssinn in unserer Gesellschaft nicht aus den Augen zu verlieren, der sich v.a. daran messe, wie wir mit den schwächsten Gliedern umgingen. Und es gebe nun mal viele Menschen, die den Anforderungen unserer Leistungsgesellschaft nicht mehr gewachsen und auf unsere solidarische Hilfe angewiesen seien. So einschneidende Entscheide wie die IV-Revision 6a könnten nicht allen Menschen gerecht werden.

Dr. Peter Kern erklärte in seinem Einführungsreferat, dass die 6. IV-Revision die Fortführung der 5. Revision bedeute, bei der die Wiedereingliederungsmassnahmen verstärkt wurden, um Berentungen zu verhindern (Motto «Eingliederung vor Rente»). Dabei wurden ganze Diagnosegruppen per Definition von der Berentungsmöglichkeit ausgeschlossen, wozu unter anderen die grosse Gruppe der Schmerzpatienten ohne nachweisbare körperliche Ursache gehören.

Die Kernpunkte der Revision

Die IV-Revision 6a soll die (nach Ablauf der auf 2017 befristeten 0,6%-Erhöhung der MWST entstehende) Finanzierungslücke auffangen und beinhaltet folgende vier Kernpunkte:

1. Assistenzbeiträge an hilflose IV-Rentner, die durch Einsparungen bei der Hilflosenentschädigung kostenneutral gestaltet werden sollen.
2. Festschreibung des Bundesbeitrages an die IV, der bisher prozentual zu den IV-Ausgaben festgelegt war, was dem Bund Einsparungen von 195 Mio. Franken ermöglicht.
3. Reduktion der Aufwendungen für Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte) durch die Einführung von Reduktionen und Pauschalen. Das wird die privaten Kosten der Betroffenen erhöhen.
4. Wiedereingliederung von 16 800 Teil- oder Vollrentnern in die freie Marktwirtschaft in den nächsten sechs Jahren («Eingliederung nach Rente»).

Die Behindertenverbände und die SKOS (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe) stufen die Zielsetzung von Punkt 4 als unrealistisch ein. Dadurch, dass es den Arbeitgebern freigestellt ist, IV-Rentnerinnen und -Rentner wieder einzugliedern, würden zu wenig Arbeitsplätze bereitgestellt. Zudem seien Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger Konkurrenten auf dem ersten Arbeitsmarkt. Einschränkend sei zudem, dass die Arbeitsplätze für die



zu integrierenden Rentner geeignet sein müssten. Sie fürchten deshalb, dass aus der IV entlassene Rentner der Sozialhilfe und damit dem kantonalen resp. kommunalen Steuerzahler zur Last fallen werden («Sozialhilfe vor Rente»).

Diskussionsfokus auf Wiedereingliederung

Vor diesem Hintergrund diskutierten auf dem Podium folgende Teilnehmer: lic. iur. B. Gutzwiller, Direktorin des Arbeitgeberverbandes Basel-Stadt; Herr O. Grieder, Abteilungsleiter Integration der IV-Stelle Basel-Landschaft; Dr. phil. N. Baer, Leiter Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft und Dr. med. P. Kern, Vorstandsmitglied der MedGes Basel-Stadt. Mit der Moderation der Diskussion war Roger Thiriet betraut.

Der Fokus der Diskussion lag auf der Revisionsvorgabe, in den nächsten sechs Jahren 16 800 (Voll- oder Teil-) IV-Rentnerinnen und -Rentner in den ersten Arbeitsmarkt zurückzuführen, womit ebenso viele Renten abgelöst werden sollen. Das heisst: An je-