



Synapse

Die Synapse finden Sie unter:

www.synapse-online.ch

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland
und der Medizinischen Gesellschaft Basel

- 4 **Managed-Care-Vorlage: Was sagen unsere Parlamentarier dazu?**
- 8 **Hausarztmedizin im öffentlichen Fokus:** Basler Hausarzt-Förderprogramme / Der Ärztemangel ist hausgemacht / Das doppelte Nadelöhr der Hausarztmedizin
- 11 **Sozialversicherungen:** 6. IV-Revision – Im Clinch zwischen Anspruch und Wirklichkeit eines Sozialwerks
- 13 **Leserbriefe**
- 15 **e-Health-Modellversuch NWCH: ePrescribing und eMedication**
- 16 **Neue Website für die Synapse:** www.synapse-online.ch
- 17 **Buchbesprechung: Von der Notwendigkeit des Zufalls**
- 18 **ViB VHBB: «e-medait»:** Wo war die FMH – Interview mit Ernst Gähler

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser
Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die *Synapse* ist in den letzten Monaten politischer, mutiger und wohl auch «frecher» geworden. Wir haben versucht, die aktuellen gesundheits- und standespolitischen Themen früh aufzunehmen und haben uns nicht gescheut, die Meinungsbildung zu forcieren und bei Bedarf auch zu provozieren. Mit Bernhard Stricker haben wir nun einen Redaktionsprofi an Bord geholt, der unser Team unterstützen und beitragen soll, diesen Weg konsequent weiterzugehen. Im folgenden Text wird das neue Konzept der *Synapse* vorgestellt.

Dr. med. Tobias Eichenberger
Präsident Ärztegesellschaft Baselland

Schwerpunktthema: Neuer Auftritt der «Synapse» mit angepasstem Konzept

Damit auch «schwere Kost» leicht verdaulich ist

Die «Synapse» hat ein neues «Kleid» – sprich: ein neues Konzept – erhalten, das dem alten zwar ähnlich sieht, aber doch ein paar wesentliche Neuerungen enthält. Die Ärztegesellschaft Baselland und die Medizinische Gesellschaft Basel (MedGes) hatten als Herausgeberinnen der *Synapse* Anfang 2011 beschlossen, ihr offizielles Kommunikationsorgan einer inhaltlichen, grafischen und konzeptionellen Analyse zu unterziehen und es allenfalls neu zu positionieren.

An einer speziellen Redaktionssitzung im Herbst 2011 wurden u.a. die Fragen erörtert: Inwiefern ist der Auftritt der *Synapse* noch zeitgerecht? Trifft sie das Informationsbedürfnis ihrer Mitglieder noch – mit den richtigen Themen? Sind 8 Ausgaben pro Jahr gerade richtig, zu viel oder zu wenig? Sind 16 Seiten Umfang dafür die richtige Grösse? Und ist die optische Aufmachung noch ansprechend und leserfreundlich?

Die *Synapse*-Redaktion lud dazu den auf Gesundheits- und Medizinthemen spezialisierten Journalisten Bernhard Stricker ein, der eine (kritische) Aussensicht einbringen und Vorschläge für eine Optimierung des Printmediums machen sollte. Die vorliegende *Synapse* ist u.a. eine Folge dieser Vorschläge.

Neue Formel

Nach einer intensiven und konstruktiven Diskussion einigte sich die Redaktionskommission auf eine neue «Formel», die zusammengefasst folgende Eckpunkte enthält:

- Ganzheitlicher Ansatz: Ein Printmedium darf heute kein isoliertes Einzelmedium mehr sein, sondern muss als Teil eines Gesamtmedienkonzeptes bestimmte Aufgaben und Funktionen übernehmen. Das setzt ein minimales Zusammenspiel mit anderen Medienformen (vor allem Internet) voraus. Stichwort: Crossmedia! (Crossmedia bezeichnet die Kommunikation über mehrere inhaltlich, gestalterisch und redaktionell verknüpfte Kanäle, die die Nutzerinnen und Nutzer zielgerichtet durch die verschiedenen Medien führt.)
- Vor diesem Hintergrund hat die neue *Synapse* eine **eigene Web-Site** erhalten, (www.synapse-online.ch) auf der nicht nur ältere Ausgaben der *Synapse* eingesehen und heruntergeladen werden können, sondern auch die jeweils aktuellste. Auf der Website finden sich auch Links auf die Website der AeGBL und der MedGes sowie auf den neuen Fortbildungskalender www.fortbildungskalender-synapse.ch. Umgekehrt werden auf den Websites der beiden Gesellschaften Links zur *Synapse* platziert.

- Weniger ist mehr! In einer Zeit des generellen Informationsüberflusses ist es umso wichtiger, eigene Inhalte so zu kommunizieren und zu transportieren, dass sie auch ankommen und gelesen werden. Das setzt u.a. einen Erscheinungs-Rhythmus voraus, der von den Empfängern als «richtig» empfunden wird. Deshalb sollen künftig jährlich nur noch **6 Ausgaben** (statt bisher 8) erscheinen. Damit soll ein Mittelweg beschritten werden, der eine Informationsflut verhindert, aber gleichwohl ein regelmässiges Informationsbedürfnis befriedigt. Der Umfang von 16 Seiten scheint dazu optimal und wird auf dem Niveau der Vorjahre belassen.
- Eine der 6 Ausgaben soll als **Patientenausgabe** konzipiert und geschrieben werden, die sich im Namen der beiden Basler Ärztesellschaften direkt an die Patientinnen und Patienten wendet. Diese Patientenausgaben sollen in den Wartezimmern der Basler Arztpraxen aufgelegt werden (können).
- Ein neuer grafischer Auftritt und eine einfachere «Blattarchitektur» sollen dazu beitragen, Klarheit, Übersicht und Orientierung zu schaffen. Durch eine gewisse Strukturierung der Texte soll ausserdem auch die Lesbarkeit erhöht werden.
- Inhaltlich soll der Nutzwert ebenso gesteigert werden wie die politische Aktualität. Das heisst u.a.: Mit der neuen Synapse möchte die Redaktionskommission den Mitgliedern der beiden Ärztesellschaften ein (Kommunikations-)Instrument in die Hände geben, mit dem sie ihre Anliegen besser gegen aussen vertreten können – auch gegenüber den Patientinnen und Patienten.

Neue Zusammensetzung der Redaktion

Das neue Konzept soll durch eine teilweise erneuerte Redaktionskommission begleitet werden. Neu ist auch, dass mit Bernhard Stricker ein Journalist mit der Umsetzung beauftragt wird. Inhaltlich sind die Beschlüsse der Redaktion massgebend. Nachdem Dr. med. Lukas Wagner per Ende 2011 demissioniert hat, setzt sich die neue Redaktionskommission wie folgt zusammen: Dr. med. Tobias Eichenberger, Liestal; Dr. med. Peter Kern, Basel; Dr. med. Alexandra Prünke, Oberwil; med. pract. Katja Heller, Basel; Dr. med. Carlos Quinto, Pfeffingen; Bernhard Stricker, lic. phil. Redaktor BR, Bern und Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.



Die Redaktion der Synapse (von links nach rechts): Bernhard Stricker, Carlos Quinto, Katja Heller, Tobias Eichenberger, Alexandra Prünke, Peter Kern, Ruedi Bienz

Dialog erwünscht

Die Redaktionskommission wünscht sich einen verstärkten Dialog mit seinen Leserinnen und Lesern bzw. Mitgliedern zu den jeweiligen Themen in der Synapse. Aber auch zu anderen, grundsätzlichen Themen des (Basler) Gesundheitswesens und der Medizin. Als Erstes sind wir aber gespannt auf die Reaktionen auf die neue Synapse: Wie gefällt Ihnen die neue Synapse? Wir würden uns auf ein Feedback freuen. Antworten bitte an: synapse@emh.ch.

Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern

Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Bernhard Stricker

Bernhard Stricker, der am 1.1.2012 das (Teilzeit)-Mandat als Redaktor der Synapse übernommen hat, studierte an der Universität Bern Geschichte und Medienwissenschaften. 1996 gründete er sein eigenes Medienbüro und hat sich journalistisch und redaktionell auf Medizin- und Gesundheitsthemen spezialisiert und war bisher ausschliesslich für die Ärzteschaft tätig. So ist er heute u.a. Medienbeauftragter der Volksinitiative Ja zur Hausarztmedizin. Bernhard Stricker ist verheiratet und hat zwei erwachsene Söhne.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünke, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Susanne Rippstein, Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 88, Fax 061 467 85 56
srippstein@emh.ch

«Synapse»-Archiv im Internet: www.synapse-online.ch



Sekretariat der Ärztesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgassee 5, CH-4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 26.3.2012

Aktuelles zum Referendum gegen die Managed-Care-Vorlage

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen

Nachdem sich in der Urabstimmung 2/3 der FMH-Mitglieder für ein Referendum gegen die aktuelle Managed-Care-Vorlage ausgesprochen hatten, wurden an der Ärztekammer-Sitzung vom 26. Oktober 2011 mit Mehrheiten von jeweils rund 90 % die Mittel für eine erfolgreiche Referendumskampagne gesprochen. Mit über 132 000 gültigen Unterschriften wurde das Referendum am 19. Januar 2012 eingereicht und damit die Kampagne lanciert. Die FMH hat ihre Referendums- und nebenbei auch ihre Initiativfähigkeit unter Beweis gestellt. Dabei haben nicht die FMH oder die drei Referendumskomitees die Unterschriften gesammelt, sondern letztendlich hat die Basis der FMH, haben die Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Einsatz zu diesem Resultat beigetragen.

Nebst dem *Referendum Managed-Care-Vorlage* stehen mit der *Hausarztinitiative* und einem allfälligen *Referendum KVG-Revision (Art. 43 Abs. 5bis und Art. 42 Abs. 3bis: Das Parlament befürwortet den subsidiären Eingriff des Bundes in die Tarifstruktur und die Weitergabe von Patientendaten durch die Hintertür)* zwei weitere grosse standespolitische Herausforderungen bevor. Gelingt es der FMH, diese drei Herausforderungen zu bewältigen, wäre die Ärzteschaft im gesundheitspolitischen Umfeld völlig neu aufgestellt. Anstelle einer oft zögernden und meist nur reagierenden Standesvertretung wäre das Parlament mit einer starken FMH konfrontiert, die in der Lage ist, Volksbefragungen zu provozieren und auch zu gewinnen. Durch die Einrichtung zweier *FMH-Think Tanks* (Arbeitsgruppe Alternativvorschläge MC-Vorlage und Arbeitsgruppe Basisversorgung

2020) hat die FMH nun auch begonnen, sich voraussichtlich und konstruktiv in die Mitgestaltung unseres zukünftigen Gesundheitswesens einzubringen. Für all diese Aufgaben braucht es keine *Gleichschaltung* der 35 000 FMH-Mitglieder, die Heterogenität unser Ärztinnen und Ärzte ist gleichermassen Privileg und Chance. Aber es sollte auch gelingen,

bei den nun anliegenden standespolitischen Herausforderungen einen gemeinsamen Nenner zu finden und unter dem Motto *Einheit in der Vielfalt* nicht nur das Trennende, sondern vor allem auch das Verbindende zu sehen.

Mit herzlichen Grüssen
Dr. med. Tobias Eichenberger

Umfrage der Synapse-Redaktion bei den Basler National- und Ständerätinnen und -räten

«Werden Sie der Managed-Care-Vorlage zustimmen?»

Nachdem nun definitiv feststeht, dass das Referendum gegen die Managed-Care-Vorlage zustande gekommen ist und die Volksabstimmung im Verlaufe des Jahres 2012 stattfinden wird, wollte die Redaktion der Synapse von allen National- und Ständerätinnen und -räten aus den Kantonen Baselstadt und Baselland wissen, wie sie sich zur MC-Vorlage verhalten. Konkret stellte die Redaktion den insgesamt 14 nationalen Parlamentariern folgende vier Fragen:

- 1) Werden Sie bei der Volksabstimmung über die Managed-Care-Vorlage (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG, vom 30.9.2011) ein JA oder ein NEIN in die Urne legen?
- 2) Mit welcher Begründung?
- 3) Welche Auswirkungen auf das Schweizer Gesundheitswesen hätte Ihrer Meinung nach die Annahme dieser Vorlage?
- 4) Welche Auswirkungen auf das Schweizer Gesundheitswesen hätte Ihrer Meinung nach die Ablehnung dieser Vorlage?

Fazit

Von den 14 angefragten Basler Parlamentarierinnen und Parlamentariern

- haben 8 geantwortet (Beat Jans, Peter Malama, Markus Lehmann, Sebastian Frehner, Elisabeth Schneider, Thomas de Courten, Susanne Leutenegger, Silvia Schenker)
- haben 2 nicht geantwortet (Maya Graf, Caspar Baader)
- wollten 3 nicht an der Umfrage teilnehmen (Claude Janiak, Eric Nussbaumer, Daniela Schneeberger)
- oder konnte 1 wegen Auslandsaufenthaltes die Fragen nicht beantworten (Anita Fetz)
- Von den 8 Parlamentarierinnen und Parlamentariern, die geantwortet haben, werden 5 der MC-Vorlage zustimmen, und 3 werden sie ablehnen.

Lesen Sie die Antworten ab Seite 5 im Detail.



**Beat Jans, Nationalrat
SP, Basel-Stadt**



Peter Malama, Nationalrat FDP, Basel-Stadt

Die Fragen

1) Werden Sie bei der Volksabstimmung über die Managed-Care-Vorlage (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG, vom 30.9.2011) ein JA oder ein NEIN in die Urne legen?

Nein

Ich habe die Managed-Care-Vorlage im Parlament befürwortet und werde somit bei einer Volksabstimmung ebenfalls ein JA in die Urne legen.

2) Mit welcher Begründung?

Managed Care ist gut und wichtig. Es sollte für Krankenkassen aber verbindlich und für die Versicherten optional bleiben. Bei dieser Vorlage ist es leider umgekehrt.

Die aktive Förderung der Leistungserbringernetzwerke wird zum einen zu einer besser koordinierten Zusammenarbeit zwischen Hausärzten/-innen, Spezialisten/-innen und den stationären Gesundheitsversorgern (öffentliche Spitäler wie auch Privatkliniken) führen. Zum anderen besteht das Ziel auch klar darin, Mehrfachkonsultationen respektive das Pendeln zwischen verschiedenen Spezialisten seitens der Patientinnen und Versicherten weitgehend zu verhindern; das hilft einerseits, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu bremsen – andererseits soll der/die Patient/-in in der Behandlungskette besser begleitet und betreut werden.

3) Welche Auswirkungen auf das Schweizer Gesundheitswesen hätte Ihrer Meinung nach die Annahme dieser Vorlage?

Einschränkungen für die Versicherten und höhere Kosten für einen Teil der Versicherten. An eine Senkung der Gesundheitskosten glaube ich nicht.

Das Schweizer Gesundheitswesen befindet sich ab diesem Jahr (insbesondere mit der Einführung der DRGs) deutlich im Umbruch. Gleichzeitig bleibt der Trend der laufend steigenden Gesundheitskosten – und damit auch der Krankenkassenprämien für die Versicherten – leider ungebremst. Die Annahme der Managed-Care-Vorlage birgt die Chance, bei den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen die Anreize für ein eigenverantwortliches und kostenbewusstes Verhalten zu stärken. Dies darf jedoch auf keinen Fall auf Kosten der Qualität oder der Zugänglichkeit zu den bestmöglichen medizinischen Leistungen für alle Versicherten geschehen – diese wird auch nach der Inkraftsetzung der Vorlage und einer weiteren Verbreitung von Ärzte- und Leistungserbringernetzwerken in der Schweiz garantiert sein. Mitunter soll das Vertrauen zwischen Hausarzt/-ärztin und Patient/-in mit diesem Modell wieder gestärkt werden. Die Limiten hinsichtlich der Selbstbeteiligung der Versicherten sowie auch die grosszügigen Subventionen der Krankenversicherungsprämien werden dafür sorgen, dass in der Schweiz niemand auf eine gute Behandlungsqualität verzichten muss.

4) Welche Auswirkungen auf das Schweizer Gesundheitswesen hätte Ihrer Meinung nach die Ablehnung dieser Vorlage?

Da Managed Care im Grundsatz nicht bestritten ist, käme die Vorlage wieder ins Parlament. Dieses würde eine neue Vorlage ausarbeiten, welche die Versicherten und nicht die Versicherungen begünstigt.

Mit einer Ablehnung der Managed-Care-Vorlage würde die Schweiz eine grosse Chance verpassen, das Gesundheitswesen in eine zukunftsträchtige Richtung zu lenken. Wenn wir es nicht schaffen, mit solchen moderaten Reformen die Anreize sinnvoll zu setzen, dann werden wir früher oder später nicht darum herumkommen, zu schwerwiegenden Massnahmen zu greifen, um angesichts der demographischen Entwicklung in der Schweiz die Gesundheitsleistungen langfristig zu finanzieren.



Markus Lehmann, Nationalrat CVP, Basel-Stadt



Sebastian Frehner, Nationalrat SVP, Basel-Stadt



Elisabeth Schneider-Schneiter, Nationalrätin CVP, Basel-Landschaft

Die Fragen

1) Werden Sie bei der Volksabstimmung über die Managed-Care-Vorlage (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG, vom 30.9.2011) ein JA oder ein NEIN in die Urne legen?

Ein JA.

JA

JA

2) Mit welcher Begründung?

Um die Vorlage zu Managed Care wurde in den Räten jahrelang gerungen, die nun vorliegende Vorlage stellt einen guten Kompromiss dar. Die integrierte Versorgung sowie die Hausarztmedizin muss gefördert und gestärkt werden, wobei die Qualität jederzeit gewährleistet sein muss. Das Zusammenspiel von Qualitätsstrategie, Prozessinnovation und Strukturerneuerung führt zu einer optimalen Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, wobei Synergieeffekte optimal genutzt werden können und müssen.

Die Vorlage schafft finanzielle Anreize für Patienten, sich für eine Managed-Care-Lösung zu entscheiden. Eine vermehrte Nutzung von Netzwerken durch die Kunden wird tendenziell einerseits dazu führen, dass die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden können und andererseits der Nutzen für die Patienten und damit die Patientenzufriedenheit steigt.

Die Vorlage stellt einen Kompromiss dar.

3) Welche Auswirkungen auf das Schweizer Gesundheitswesen hätte Ihrer Meinung nach die Annahme dieser Vorlage?

Durch Managed Care werden Mehrfachuntersuchungen vermieden und die Behandlungsprozesse optimiert. Dadurch wird eine qualitativ und wirtschaftlich optimale Versorgungsleistung angeboten. Durch die Annahme der Vorlage können Kosten im Gesundheitswesen besser kontrolliert und auch eingespart werden. Dadurch wird der Druck auf die Prämien gestoppt.

Siehe 2

Ich hoffe, dass mit einer Annahme der Vorlage die ganzen Behandlungsprozesse optimiert werden können mit dem Ziel letztlich die Prämien im Griff behalten zu können.

4) Welche Auswirkungen auf das Schweizer Gesundheitswesen hätte Ihrer Meinung nach die Ablehnung dieser Vorlage?

Würde die Vorlage abgelehnt, stehen wir wieder am Anfang ohne bewiesen zu haben, dass man in Bundesbern durchaus zu Kompromissen fähig ist.

Die Kosten im Gesundheitswesen werden weiter ansteigen und der Patientennutzen erfährt keine Verbesserung.

Man würde weiterhin jahrelang um eine Lösung ringen.



**Thomas de Courten, Nationalrat SVP,
Basel-Landschaft**

Ich werde der Vorlage zustimmen und an der Urne ein JA einlegen.

Der Managed-Care-Ansatz stärkt die Hausarztmedizin als Basis der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Durch den integrierten Ansatz der Patientenbetreuung wird der Kostenentwicklung entgegengewirkt und gleichzeitig die Qualität der Leistungserbringung verbessert.

Die Leistungserbringer des Schweizerischen Gesundheitswesens würden künftig für Bemühungen zur Koordination und Optimierung der Leistungserbringung belohnt, statt wie bisher bestraft. Damit werden Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne des KVG gestärkt, der Kostenanstieg gebremst und die Bemühungen zur Sicherung der Qualität gestärkt.

Die Partikularinteressen der einzelnen Leistungserbringer würden sich in diesem Fall zu Lasten des Gemeinwohls in der Gesundheitsversorgung durchsetzen. Damit würden die Anstrengungen zur Reform des Schweiz. Gesundheitswesens zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Reduktion des Krankenkassenprämienanstiegs und zur Sicherung der Qualität empfindlich zurückgeworfen.



**Susanne Leutenegger
Oberholzer, Nationalrätin SP,
Basel-Landschaft**

NEIN

Sie führt zu einer Verteuerung für die Versicherten. Sie bringt aber keine verbesserten Versorgungsnetzwerke. Sie schränkt die Wahlfreiheit ein.

Sicherlich keine Effizienzsteigerung.

Die Ablehnung macht den Weg frei für eine patientenfreundlichere Vorlage.



**Silvia Schenker, Nationalrätin SP,
Basel-Stadt**

Ich bin überzeugt, dass die integrierte Versorgung das Modell der Zukunft ist. Trotzdem lehne ich die aktuelle Managed-Care-Vorlage ab.

Die Vorlage sollte dazu dienen, Managed-Care-Modelle zu fördern und die Versicherten zu motivieren, sich in Netzwerken behandeln zu lassen. So wie dies jetzt in der Praxis umgesetzt werden soll, ist es genau umgekehrt: Diejenigen werden mit einem höheren Selbstbehalt bestraft, welche sich für die freie Arztwahl entscheiden – oder ihr privates «Netz» von Ärztinnen und Ärzten bereits geknüpft haben. Dieser Ansatz ist falsch, weil er nicht mit Anreizen, sondern mit Sanktionen arbeitet.

Bei einer Annahme der Vorlage kommen Ärztinnen und Ärzte unter Druck, sich Netzwerken anzuschliessen. Die Vorlage gibt den Krankenkassen mehr Macht. Sie schliessen die Verträge mit den Netzwerken ab. Sie definieren, wie die Budgetverantwortung ausgestaltet wird. Es besteht die akute Gefahr, dass die Krankenkassen ihre Machtposition nutzen werden. Der Druck auf die Kosten wird weiter zunehmen. Und überhöhter Kostendruck kann zu einer verdeckten Rationierung führen.

Eine Ablehnung der Vorlage hat keine unmittelbaren Folgen. Managed-Care-Modelle sind auch mit der aktuellen Gesetzgebung möglich. HMO Praxen, Ärztenetzwerke, Hausarztmodelle werden auch ohne die Vorlage weiterbestehen und sich weiterentwickeln. Patientinnen und Patienten haben weiterhin die Wahl, günstigere Versicherungsmodelle zu wählen und gleichzeitig eine Einschränkung der freien Arztwahl zu akzeptieren.

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-

cherern 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-

dem Arbeitstag muss schweizweit für elf Betroffene dauerhaft eine geeignete Stelle gefunden werden. (Genaueres siehe Synapse Nr. 3/April 2011). Betroffene werden zu einem grossen Teil Menschen mit psychischen Leiden sein.

Die Durchführbarkeit dieser Massnahme beurteilten alle Diskussions Teilnehmer als schwierig, allerdings mit verschiedenen Gewichtungen und Nuancen: Die einen wegen der bestehenden grossen Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt, andere wegen der Freiwilligkeit der Beteiligung der Arbeitgeberseite, vor allem aber auch wegen der aus Studien (N. Baer) und eigenen Erfahrungen bekannten Probleme mit «langdauernd schwierigen Mitarbeitern», die in Spontanverläufen sehr oft in der Ermüdung aller Beteiligten und im Stellenverlust für den Betroffenen enden. Solche Misserfolge geschehen trotz guten Willens aller Beteiligten!

Coaching unabdingbar

Es brauche deshalb unbedingt ein fachmännisches Coaching, das für alle Beteiligten leicht zugänglich sei und lange – Grössenordnung ein Jahr und mehr – zur Verfügung stehen müsste, um die Beteiligten möglichst vor Überforderung zu schützen. Diese Strukturen sind erst im Entstehen. Sollen solche Strukturen wirksam greifen, wird eine konstruktive Einstellung und Kreativität aller Beteiligten im Viereck Rentner-Arbeitgeber-IV-Ärzte/ Psychologen vonnöten sein.

O. Grieder belegte die Schwierigkeit dieser Aufgabe mit den Zahlen aus einer IV-Pilotstudie, die die Reintegrationschancen Betroffener aus der Revision 6a untersuchte: Danach wurden 250 reintegrationswillige IV-Bezüger über die Reintegrationsziele und den genauen Ablauf informiert. 100 Personen waren danach bereit, an der Studie teilzunehmen. Davon konnten 23 in eine Massnahme geführt werden. Nach 12 Monaten sind noch 10 dabei.

Scheitern solche Versuche innerhalb dreier Jahre, soll der Betroffene seine IV-Rente wieder erhalten. Später Scheiternde können wieder einen IV-Antrag stellen. Die Gruppe der Schmerzpatienten ohne erklärende Körperbefunde werden von der Berentung aber von vornherein ausgeschlossen. Damit wird es (möglicherweise nicht wenige) Betroffene geben, die sozialhilfeabhängig werden. Dies bedeutet erhöhte Kosten, die durch die Steuerzahler der Kantone und Gemeinden getragen werden müssen. Während die Podiumsteilnehmer den guten Willen und die bereits erfolgende Dynamisierung der IV hervorhoben und die Herausforderung annehmen wollen, tönte es aus dem Publikum skeptischer: Einige betroffene Personen erzählten von ihren negativen IV-Erfahrungen, vor allem dem willkürlichen Umgang der IV-Mitarbeiter mit ihnen.

Fazit

Dieses Podium sollte für alle Teilnehmergruppen Ansporn sein, den klärenden Worten nun entsprechende, konstruktiv-kreative Taten folgen zu lassen. Das wird vermehrte Anstrengungen brauchen, wobei der Ausgang aus heutiger Sicht sehr ungewiss ist.

Auch im Hinblick auf die bevorstehende Revision 6b, bei der auf Kosten IV-Betroffener noch weiter gespart werden soll, wird sich die Frage stellen, ob nicht eine solidarische Mitbeteiligung der gesamten Bevölkerung an der Finanzierung des Sozialwerkes IV richtig ist, z. B. mit Fortführung der jetzigen Mehrwertsteuerregelung über 2017 hinaus. Es ist daran zu erinnern, dass ein Verfassungsartikel besteht, der festschreibt, dass die IV den Existenzbedarf angemessen zu decken habe.

Med. pract. Katja Heller

Hintergrund und Zahlen zur IV

Die Invalidenversicherung (IV) wird durch Lohnprozente und Beiträge des Bundes finanziert (Zusatzfinanzierung der IV durch befristete Erhöhung der MWST zwischen 2011 und 2017). Die Monatsansätze einer IV-Vollrente betragen minimal CHF 1160.00 und maximal CHF 2320.00. Die kumulierte Schuld der IV beträgt Ende 2010 14,9 Mrd. Fr.

Zahl der Bezüger/-innen von IV-Renten im Dezember

Jahr	Männer	Frauen	Männer und Frauen
2006	163 714	127 175	290 889
2007	162 900	126 663	289 563
2008 ¹	161 226	126 527	287 753
2009	158 504	125 477	283 981
2010	155 760	123 767	279 527

¹ Zusatzrente für Ehepartner mit Inkrafttreten der 5. IVG-Revision per 1.1.2008 abgeschafft.
(Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung)

Finale bei der Unterschriftensammlung zur «Transparenz-Initiative»!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Transparenz herzustellen durch die Trennung der KVG-Grundversicherung und der privatrechtlichen Zusatzversicherung bei den Krankenversicherern ist das Ziel der Initiative. Ein Anliegen im Interesse der Patientinnen und Patienten und unbestritten in der Ärzteschaft.

Argumentarium: <http://initiative-transparenz.ch/wp-content/uploads/nine-de.pdf>

Bogen hier ausdrucken und bis zum **29. Februar** an die angegebene Adresse einsenden. <http://initiative-transparenz.ch>

Folgende Personen haben den letzten Aufruf unterzeichnet:

Jacques de Haller (FMH), Tobias Eichenberger (BL), Hans Kurt (SO - SGPP), Claude Leissing (GR), Florian Leupold (SO), Marcus Lütolf (GR-SFSM), Beat Manser (LU), Lukas Meier (SO), Marc Müller (Hausärzte Schweiz), Jürg Nadig (ZH – SFSM), Kurt Schreier (SZ), Urs Stoffel (ZH - KKA), Igor Svarin (ZH), Hans-Anton Vogel (AI/AR), Peter Wiedersheim (SG - KKA), Franco Denti (TI), Pierre-Alain Schneider (GE)

Mit kollegialen Grüssen

Dr. Tobias Eichenberger

→ Leserbriefe

Die Redaktion der Synapse sucht den Dialog mit ihrer Leserschaft und freut sich über jede schriftliche Reaktion. Sie behält sich im Sinne einer besseren Verständlichkeit und Lesbarkeit vor, Leserbriefe zu redigieren bzw. zu kürzen und einen eigenen Titel zu setzen. Die Adresse für Leserbriefe: synapse@emh.ch

Fahrtauglichkeit nach Militärmethode prüfen!

Demnächst werde ich 70, da stellt sich auch mir die Frage der Fahrtauglichkeit. Mir ist unverständlich, warum nicht von Zeugnissen und expertengestützten Prüfungen auf eine beim Militär seit Jahrzenten bewährte, objektiv messbare Methode umgestellt wird. Ich persönlich bin jederzeit bereit, einmal pro Jahr in einem Fahrsimulator zu sitzen, der Koordinationsfähigkeit und Reaktionszeit objektiv misst und beurteilt. Einem solchen «Urteil» könnte ich mich problemlos fügen. Wie viele Hausärzte haben entweder schlechten Gewissens unterschrieben oder wegen Unterschriftsverweigerung Patienten (= Kunden) verloren?

Dr. med. Peter Gutzwiller, Bubendorf

Memory Clinic: An der Grenze der Belastbarkeit?

Die Pionierleistung der Memory Clinic auf dem Gebiet der Früherfassung der Demenz in Ehren – doch aus Sicht des Zuweisers mutet dieser Jubiläums-Artikel ziemlich vollmundig und zum gegebenen Zeitpunkt auch recht realitätsfern an: «Es ist aus medizinischer Sicht ratsam und erwiesenermassen auch kosteneffizient, wenn möglichst jeder Mensch mit Verdacht auf Demenz frühzeitig eine umfassende Abklärung an einer Memory Clinic durchläuft.»

Wie ratsam und nervenschonend es andererseits für zugewiesene Personen, deren Angehörige sowie die Zuweiser ist, ab Anmeldung fast ein Vierteljahr auf den Termin zu warten (was nach der freundlichen Auskunft aus dem Chefsekretariat noch rasch sei) und nochmals mindestens einen Monat auf Konsensusdiagnose und -empfehlungen, sei dahingestellt.

Die Clinic steht offensichtlich bereits heute an der Grenze der Belastbarkeit! Wie soll sie dann erst den Ansturm nach einem solchen öffentlichen Aufruf bewältigen, ohne selber zu einem Fall von sanierungsbedürftiger Verlangsamung und Desorganisation zu werden?

Dr. med. Guido Becker, Münchenstein

ePrescribing und eMedication im Rahmen des Modellversuchs NWCH¹

Teil 3 Schluss (Teil 1 erschien in Synapse 7/2011, Teil 2 in Synapse 8/2011)

Nach den ersten beiden Artikeln zum eHealth-Modellversuch Nordwestschweiz, die den allgemeinen Aufbau (Teil 1) und die Anbindung der niedergelassenen Ärzteschaft (Teil 2) thematisierten, soll hier im dritten und abschliessenden Artikel das Teilprojekt eRezept genauer beleuchtet werden.

Wie bereits beschrieben, hat der eHealth-Modellversuch Nordwestschweiz (NWCH) zum Ziel, die Kommunikation von Patientendaten in der Behandlungskette zu strukturieren. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben hierbei eine zentrale Funktion. In ihren verschiedenen Rollen (einziger, Erst- oder Nachbehandler) sind sie sowohl wichtige Lieferanten von Patientendaten als auch Empfänger von Informationen zur Nach- und Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten. Ein elektronisches Patientendossier ohne die Mitwirkung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist deshalb nur von geringem Nutzen.

Auch das Teilprojekt ePrescribing und eMedication ist ohne deren Mitwirkung nicht durchführbar. Der niedergelassene Arzt kann dabei auch verschiedene Funktionalitäten der eHealth-Basisinfrastruktur im Rahmen des Modellversuchs NWCH in den Bereichen der strukturierten Arzt-Arzt- und Arzt-Spital-Kommunikation nutzen. In diesem Artikel soll das Teilprojekt ePrescribing und eMedication näher vorgestellt werden.

Der Projektumfang

Der offizielle Titel des Projekts heisst *Teilprojekt ePrescribing und eMedication*. Die Projektgruppe formierte sich Anfang 2010 – also in einer frühen Phase des eHealth-Modellversuchs Basel. Sehr schnell wurde klar, dass das Projekt schrittweise angegangen werden muss: Zum einen standen die technischen Komponenten für ein virtuelles ePatientendossier bei Projektstart nicht zur Verfügung, zum anderen waren wichtige Standards nach IHE (und diesen folgt die eHealth-Strategie von eHealth Suisse) für die Rezeptierung noch nicht verabschiedet.

Aus diesen Gründen wurde der Prozess eRezept zu Beginn ohne Anbindung an das virtuelle ePatientendossier konzi-

piert. Die Publikation der Verschreibung im elektronischen Patientendossier, die Bezugsmeldung sowie die Darstellung der aktuellen Medikation würden in späteren Schritten folgen.

Eine Etappierung machte aber nicht nur aus den oben genannten Gründen Sinn: Der eRezept-Prozess bildet nämlich auch die Grundlage für alle anderen Prozesse und Systeme. Damit konnte relativ rasch ein Ergebnis gezeigt werden. Der Ausbau kann jetzt, aufbauend auf dem Geleisteten, erfolgen.

Noch etwas zu den verwendeten Begriffen: Der Begriff eRezept wird für die elektronische Übermittlung der Rezeptdaten an eine Apotheke verwendet. ePrescribing umfasst darüber hinaus die Publikation der Verschreibung und der bezogenen Medikamente in einem elektronischen Patientendossier nach IHE (dem Meta-standard gemäss eHealth Suisse Vorgaben). eMedication beinhaltet die Darstellung der ganzen Medikationsgeschichte und weitere Prozesse wie Interaktions-Checks und auch Such- und Darstellungsfunktionen etc. der Medikation.

Die Teilnehmer am Projekt

Am Projekt arbeiten aktiv die Ärztekasse, Galenicare, HCI Solutions Triamun, PharmaSuisse, Medgate und die Swiss Medical Suite AG mit. Die Projektleitung wird von visionary AG/docbox wahrgenommen. Weitere Interessierte sind eingeladen, an den Arbeiten mitzuwirken. Wichtige Grundsätze dieses Projektes sind die Beachtung von nationalen und internationalen Standards/Vorgaben sowie die Offenheit des Systems für alle. Darum wird z.B. auch die Schnittstelle eRezept den interessierten Praxissoftware-Firmen kostenlos zur Verfügung gestellt. Der Einfluss der Ärzteschaft wird einerseits über die aktive Teilnahme als Verschreiber, mit entsprechenden Möglichkeiten des Feedbacks, sowie über die geplante Arbeitsgruppe «Ärzte» im Modellversuch sichergestellt.

Das elektronische Rezept als erster Schritt

Der erste Schritt des Teilprojekts, das eRezept, ist seit Mitte Dezember 2011 in Betrieb:

Ein Rezept wird in der Arztpraxis mit der Einwilligung des Patienten elektronisch erstellt. Zudem erhält der Patient ein ausgedrucktes Papierrezept mit Barcode und Unterschrift des Arztes. Der Patient kann nun die Medikamente in der Apotheke seiner Wahl beziehen. Handelt es sich um eine Apotheke, die am Modellversuch teilnimmt, wird das Rezept mittels Laserscans des Barcodes elektronisch im System der Apotheke identifiziert und alle Informationen werden automatisch in das System der Apotheke übernommen. In der Apotheke erfolgt damit keine manuelle Erfassung mehr.

Ein Ziel dieses Teilprojektes ist es, den Prozess end-to-end anzubieten. Das heisst, dass der Arzt das eRezept direkt in seiner Praxissoftware erstellen kann und dieses automatisch an ein Repository geliefert wird, wo es dem Verkaufssystem der Apotheke zur Verfügung steht. Die Apotheke greift auf das Rezept zu, indem der Apotheker das vom Arzt unterschriebene Rezept mit dem Barcode einliest. Dieses wird ihm durch den Patienten ausgehändigt. In den nächsten Wochen und Monaten wird das System auf weitere Ärzte und Apotheken ausgebaut. So können Ärzte und Apotheker laufend ihr Feedback zum System geben. Auch interessierte Spitäler können an das System angeschlossen werden. Die aktuelle Liste der teilnehmenden Apotheken können Sie unter www.swissmedicalsuite.ch/modellversuch einsehen. Neben den Apotheken der Galenica-Gruppe können ab Frühjahr 2012 auch weitere Apotheken angeschlossen werden. Wie gesagt, der Patient kann seine Medikamente jederzeit in jeder Apotheke beziehen.

Die Vorteile eines eRezepts für den Patienten, den Arzt und den Apotheker

Schon mit diesem ersten Schritt ergeben sich verschiedene Vorteile entlang der Behandlungskette. Ob diese im erwarteten Umfang eintreten, soll mit dem Modellversuch getestet werden.

¹ Der Kanton Aargau hat sich dem Modellversuch Regio Basel angeschlossen. Es wurde daher beschlossen, den Modellversuch von jetzt an nicht mehr «Regio Basel», sondern Nordwestschweiz (NWCH) zu nennen.

Für den Patienten:

- Erhöhte Sicherheit dank Wegfall von Medienbrüchen
- Weniger Wartezeit in der Apotheke

Für den Arzt:

- Weniger Rückfragen durch Apotheke
- Elektronische Ablage der Rezeptinformation in der lokalen Krankengeschichte
- Bezugsmeldung (noch nicht implementiert)

Für den Apotheker:

- Schnellere Erfassung der Rezeptdaten
- Weniger Rückfragen beim Arzt

Mit der Teilnahme am Teilprojekt erhält der teilnehmende Arzt die Basisinfra-

struktur für weitere eHealth-Funktionen des Modellversuchs wie elektronisches Patientendossier, elektronische Spitalanmeldung, elektronischer Erhalt Austrittsbericht und elektronischer Versand Berichte etc. Auch kann er laufend Feedback zum System geben.

Die weiteren Prozesse stehen vor der Tür!

In Planung für den Frühling 2012 sind die Publikation des eRezepts im virtuellen elektronischen Patientendossier des eHealth-Modellversuchs und die Meldung über den Bezug der Medikamente in der Apotheke.

Parallel wird der telemedizinische Verschreibungsprozess entwickelt. Damit wird das eRezept schweizweit angebo-

ten werden können. Der telemedizinische Verschreibungsprozess wird so gestaltet werden, dass er offen ist für alle Callcenter und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Machen Sie mit, geben Sie Feedback!

Falls Sie als Verschreiberin oder Verschreiber an einer Teilnahme am Teilprojekt ePrescribing und eMedication interessiert sind, können Sie sich an den Projektleiter eHealth des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt wenden:

Jan Zbinden

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

jan.zbinden@bs.ch

Telefon 061 205 32 66

www.synapse-online.ch

Die Synapse neu auch auf www.synapse-online.ch



Neben der regelmässigen Herausgabe ihrer Printausgaben bietet die Synapse parallel für ihre internetaffinen Leser entsprechende Onlineversionen via PDF-Download an. Die Onlineversionen sind frei verfügbar und werden bisher auf den Websites der Berufsverbände Ärztesellschaft Baselland und der MEDGES – Medizinische Gesellschaft Basel – angeboten.

Um mit der technischen Entwicklung Schritt halten zu können und den Bedürfnissen heutiger Online-Rezipienten gerecht zu werden, wurde im Zuge einer Neukonzeption des Printprodukts auch der Ansatz einer eigenen und zeitgemässen Webpräsenz beschlossen.

Sämtliche Informationen rund um die Synapse samt Fortbildungskalender werden auf einem neuen Webauftritt zusammengeführt.

Das Online-Publishing der Ausgaben, das parallel mit Erscheinen der Printpublikation geschieht, wird dabei weiterhin zentrales Element sein. Aber anstelle des reinen Informationskonsums darf und soll der Leser aktiv mitwirken.

So gibt es eine Bewertungsskala für Leitartikel. Leser können diese kommentieren und untereinander diskutieren. Per E-Mail oder RSS sind Leserkommentare pro Leitartikel bequem abonnierbar. Nebst Kommentar-Feed wird selbstverständlich ein

Zeitschriftenticker-Feed angeboten, der jeweils über die Onlineschaltung einer neuen Synapse-Ausgabe informiert.

Mit Social-Sharing können Internetnutzer generell digitale Inhalte bereitstellen und tauschen. Besucher der Synapse haben am Ende der Seite die Möglichkeit, diese auf sozialen Netzwerken wie Facebook und Twitter zu teilen oder einen sogenannten Bookmark (Lesezeichen) zu setzen. Der Bookmark wird dezentral auf der Plattform Mr. Wong verwaltet, kann mit Schlagwörtern versehen und mit anderen Nutzern geteilt werden.

Sämtliche Ausgaben werden in einem Archiv abgelegt und sind dort frei einsehbar. Natürlich hält die Synapse-Website für ihre Leser auch sämtliche vorangegangenen PDF-Ausgaben im Archiv bereit.

Die Website wurde mit dem Content-Management-System TYPO3 umgesetzt. Ein intuitives Bedienkonzept sowie eine adäquate Gestaltung in Anlehnung an das Printprodukt waren primäre Anforderungen. Ebenso wurde von vornherein auf die Auffindbarkeit in Suchmaschinen geachtet.

Melanie Schmidt

Team-/Projektleiterin Web

Schwabe AG

E-Mail: m.schmidt@schwabe.ch

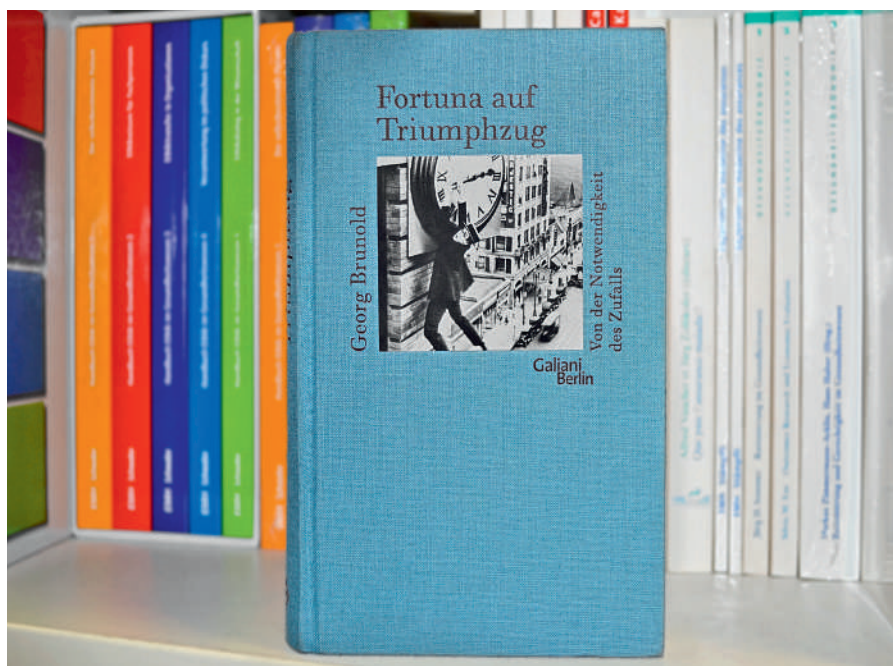
Fortuna auf dem Triumphzug/ Von der Notwendigkeit des Zufalls

Georg Brunold, Verlag Galiani Berlin, 2011

In 20 Kapiteln auf 265 Seiten finden sich erhellende und spannende Abhandlungen über Aspekte des Zufalls, des Glücks und des Unglücks. Von antiken Tempeln, Aristoteles, Augustin, Boethius, Dante, Petrarca, Machiavelli, Pascal, Fermat, Darwin über Casinos, Börsen und Versicherungen bis zur Kreativitätsforschung. Georg Brunold, 1953 in Arosa geboren, promovierter Philosoph, ehemaliger Redaktor bei «du» und der «NZZ», schreibt pointiert, mit Humor, abwechslungsreich, in wohlthuender Sprache.

Zwei Kapitel sind für uns Ärztinnen und Ärzte besonders lesenswert, da sie uns direkt betreffen. Sie lassen aktuelle Debatten in einem anderen Licht erscheinen. Nach einem Kapitel über die verspätete Entdeckung der Wahrscheinlichkeit, geht es im Kapitel «Alles ganz normal. Glück in grossen Mengen» um Sterbetafeln, wie sie zu Beginn des 17. Jahrhunderts in London aufkamen, quasi die Geburtsstunde der modernen Demografie. Ein wichtiges Prinzip der Statistik ist das Gesetz der grossen Zahl: Die relative Häufigkeit eines Zufallsergebnisses nähert sich der Wahrscheinlichkeit eben dieses Zufallsergebnisses, wenn das entsprechende Experiment unendlich oft oder in grosser Zahl wiederholt wird. Entscheidend ist dabei aber festzuhalten, dass für ein einzelnes Ereignis aus dem Gesetz der grossen Zahl für dessen konkreten Verlauf nicht das Geringste abzuleiten ist. Das wissen die Versicherer nur zu gut. So wissen wir auch in der Medizin, dass Individualprognosen nur mit Vorbehalten möglich sind. Und was machen wir? Fortuna stehe uns bei. Wir übernehmen Budgetmitverantwortung und ignorieren dabei Grundsätzliches der Statistik. Wir übernehmen Verantwortung, wo wir eigentlich keine übernehmen sollten, da wir uns dabei übernehmen mit unseren relativ gesehen kleinen Patientenzahlen. Die Versicherer können sich die Hände reiben.

Besondere Ironie der Geschichte: Neben Reverend Thomas Bayes leistete gerade ein Basler, Daniel Bernoulli (1700–1782), Grundlegendes auf diesem Gebiet. Vor acht Jahren äusserte ein Schweizer Gesund-



heitsökonom an einer Fortbildungstagung in Basel die Vermutung, dass die Versicherungen bestrebt sein werden, ihre Risiken auf uns abzuwälzen. Mit ihrer Lobby im Bundsparlament sind sie gerade dabei, es zu tun. Der abtretende Präsident von santésuisse soll gesagt haben, dass einige Krankenversicherer, sc. wohl deren Management, vergessen haben, dass Krankenversicherungen Sozialversicherungen sind.

Im anschliessenden Kapitel «Auf dem Hochseil von Gesundheit und Verbrechen» befinden wir uns in bester Gesellschaft mit Juristen. Bedingte Wahrscheinlichkeiten spielen unserer Intuition einen Streich. Von besonderer Bedeutung ist diese Tatsache bei Screeninguntersuchungen, respektive diagnostischen Tests allgemein. Eine niedrige Vortestwahrscheinlichkeit, sprich eine niedrige Prävalenz in der Testpopulation, hat Folgen. Es wird auf Vor- und Nachteile eingegangen, die sich daraus ergeben könnten, dass mehr oder weniger vorselektionierte Populationen durch Hausärzte oder Spezialisten untersucht werden. Es wird geraten, zuerst den Hausarzt aufzusuchen und nicht direkt zum Spezialisten zu gehen. Diese Aussage wird übernommen von zwei am Universitäts-

klinikum Hamburg-Eppendorf tätigen Physikern, Beck-Bornholdt und Dubben (notabene an den Instituten für Allgemeinmedizin und Rechtsmedizin). Denn sowohl beim Hausarzt wie beim Spezialisten sollte man gemäss Gigerenzer, Max Planck Institut Berlin, auf Schwächen in einer Kompetenz gefasst sein, die nicht im engeren Sinne fachlicher Natur sei. Die Prävalenz von Brustkrebs in der Schweiz gemäss EUROPREVAL-Studie beträgt ca. 2% für Frauen zwischen 45 und 64 Jahren. Wenn eine Frau Brustkrebs hat, beträgt die Wahrscheinlichkeit 75% (Sensitivität), dass ihre Mammographie positiv ausfällt. Wenn eine Frau jedoch keinen Brustkrebs hat, beträgt die Wahrscheinlichkeit 5% (Spezifität 95%), dass ihre Mammographie dennoch positiv ausfällt. Angenommen, bei einer Frau ist die Mammographie positiv: Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie tatsächlich Brustkrebs hat? Welche Antwort trifft am ehesten zu: 2%, 5%, 10%, 30%, 75%, 95%? Nur 2 von 24 Ärzten sollen in einer Studie von Gigerenzer richtig geantwortet haben. Tun Sie's? Nach der Lektüre dieses Buches kein Problem.

Dr. med. Carlos Quinto

«e-mediat»: Wo war die FMH?

Interview mit Dr. Ernst Gähler

An dieser Stelle sind normalerweise Berichte zu Stellungnahmen und Aktivitäten der VHBB zu lesen. Da diese Ausgabe just am Tag der Generalversammlung (16.2.12, 12:30, Rest. Aeschenplatz) erscheinen sollte und die interessierten Kolleginnen und Kollegen sich dort ausführlich informieren können, bringen wir hier ein Interview mit Kollege **Ernst Gähler**, Vizepräsident der FMH und zuständig für Tarife und Verträge. Motivation dazu war die unselige Absicht der Quasi-Monopolisten «e-mediat», einem Unternehmen der Apotheker-dominierten Galenica-Gruppe, die Medikamenten-Updates nicht mehr wie gewohnt in einem offenen System (IGM-Format) zur Verfügung zu stellen, sondern neu in einem Format, welches einer Decodierung bedarf. Dies ermöglicht es e-mediat, aus ihrer Monopolstellung definitiv Gewinn zu ziehen, indem die Decodierung nur zahlenden Abonnenten zugänglich gemacht wird.

Wie konnte es dazu kommen? War die FMH als Zaungast untätig oder hilflos? Immerhin waren sowohl Absicht der e-mediat wie auch die administrativen Vernetzungen zwischen ihr und dem BAG längst bekannt. Ist da etwas schief gelaufen, und wenn ja, was?

VHBB: Herr Kollege Gähler, wenn e-mediat die betreffenden Stellen bereits vor

zwei Jahren auf den Wechsel aufmerksam gemacht hat: Wie waren die Reaktionen (z.B. der FMH) auf diese Mitteilung? Offenbar handelt es sich quasi um einen Monopolisten, welchen man schon deshalb ernst nehmen muss, nicht?

Ernst Gähler (EG): Die FMH resp. das Ressort Tarife und Verträge der FMH (zuständig für die SD) wurde nie darüber informiert und konnte deshalb dazu nie Stellung nehmen. Bis anhin sind diese «Transaktionen» eigenständig und unauffällig zwischen e-mediat und den Grossisten gelaufen.

VHBB: Hat die FMH mit e-mediat Gespräche geführt, und, falls ja, mit welchem Ergebnis?

EG: Der Entscheid der e-mediat, das IGM Format einzustellen, wurde mit der e-mediat weder abgesprochen, noch wurde die FMH darüber informiert. e-mediat hat das Problem erkannt und eine mindestens 6 Monate dauernde Übergangslösung geschaffen, während welcher das bisher gebräuchliche Format weiter verwendet werden kann. Die ganze Aktion von e-mediat kommt in erster Linie den Softwarehäusern zugute.

VHBB: Gibt es kartellrechtliche Vorstösse der FMH? Stellungnahmen des Preisüberwachers?

EG: Nein.

VHBB: Hat die FMH versucht, eine «Light-Variante» zu erwirken? Die meisten Kollegen brauchen nur eine Preis-Aufdattierung (für den Rest können sie – wie dies ja Kollegen ohne Computer heute noch tun (dürfen) – selber verantwortlich zeichnen).

EG: Niemand benötigt den Medindex. Preise können auch manuell angepasst oder via der Website des BAG bezogen werden. Es gibt Bestrebungen eine solche Lösung zu finden.

VHBB: Gibt es Empfehlungen der FMH zur Kostenüberwälzung (da im TarMed bislang nicht abgebildeter Mehraufwand)?

EG: Das Problem kann nicht über den Tarif abgewälzt werden. Richtigerweise ist dieser Punkt eine Komponente der Marge. Wir werden das bei den Verhandlungen um ein neues margenfreies Abgeltungsmodell in Anschlag bringen.

VHBB: Gibt es derzeit laufende Projekte der FMH mit dem Ziel: «keine Mehrkosten für fehlenden Mehrwert»?

EG: Nein, solche Projekte gibt es nicht. Wir sind gerade aus diesen Gründen daran, das Projekt «Margenfreie ärztliche Medikamentenabgabe» weiter zu entwickeln und mit tarifsuisse zu verhandeln. Wir wollen von solchen Machenschaften unabhängig werden.

Herr Kollege Gähler, ich danke Ihnen herzlich für die Zeit, die Sie sich genommen haben, wie auch generell für Ihr Engagement bei der FMH.

Für den Vorstand VHBB: Christoph Hollenstein
www.vhbb.ch

Der VHBB-Vorstand empfiehlt seinen Mitgliedern, von der Software-Firma keine Lösung zu akzeptieren, welche das Medikamenten-Update als fixen (zusätzlichen) Preisbestandteil enthält. Mit anderen Worten sollen nur solche Lösungen akzeptiert werden, bei welchen eine Kostenüberwälzung auf den Anwender (z.B. durch Weglassen der Option «Medikamenten-Update») bei Bedarf weggelassen werden kann.