

Die Synapse und den Fortbildungskalender finden Sie unter

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

[www.aerzte-bl.ch](http://www.aerzte-bl.ch)  
[www.medges.ch](http://www.medges.ch)

Transparenz  
Einheitskasse  
Urabstimmung  
Managed Care  
Initiative

## Leitartikel

Wenn wir Ärzte schon mittels Initiative das bestehende System mit KVG und VVG grundlegend in Frage stellen, können wir ja auch weitergehen und die ressourcenbindende Konkurrenz unter den Krankenkassen hinterfragen. Die Synapse-Redaktion ist der Meinung, dass die Ärzteschaft sich dieser Diskussion stellen sollte, zumal das Thema der Einheitskasse in der politischen Diskussion sowieso auf uns zukommen wird. Der folgende, zugegeben provokante Artikel aus Juristen- und Patientensicht soll dazu animieren, das Gespräch in Gang zu bringen.

Peter Kern

## Die kantonalen Gebäudeversicherungen oder weshalb die Einheitskasse den Vorzug verdient

Cornel Quinto, Fürsprecher/Rechtsanwalt, Zürich

Die Einheitskasse führt dazu, dass die soziale Krankenversicherung nur noch von einer einzigen Institution angeboten wird. Es wird der Wechsel zu einem Monopolssystem vollzogen. Dies weckt die Befürchtung, dass mangels Wettbewerb ein träges, bürokratisches Monster entsteht, welches zu einer Verminderung der Qualität führt,

→ Fortsetzung Seite 3

Gestalten Sie die Zukunft der Schweizer Ärztinnen und Ärzte mit! Unterstützen Sie das **Referendum gegen Managed Care** und die **Volksinitiative für Transparenz in der Krankenversicherung**.

Unterschriftenbogen liegen dieser Synapse bei. Weitere Unterschriftenbogen bestellen Sie per Mail unter [synapse@emh.ch](mailto:synapse@emh.ch)

### Aus dem Inhalt

- Medienmitteilung der FMH zur Urabstimmung Managed Care 3
- Volksinitiative für Transparenz in der Krankenversicherung 6
- MedGes-Podiumsdiskussion zum Thema «6. IV-Revision: Anspruch und Wirklichkeit» 8
- eHealth-Regioprojekt ... nun geht's los! 11
- Eine gemeinsame Medizin für Mensch und Tier? – Und ob! 13
- Neuer Fortbildungskalender 13
- Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte 14

## Editorial

### FMH-Urabstimmung Managed Care

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen, die beiliegende Medienmitteilung der FMH macht Mut. Wenn der Zentralvorstand der FMH mit Kantonalverbänden, Fachgruppen, deren Dachverbänden KKA und fmCh, der MFE (Hausärzte Schweiz) und dem VSAO, mit Befürwortern und Gegnern der Managed-Care-Vorlage und Kontrahenten in der Urabstimmung kollegial zusammensitzt und das klare 2/3 Votum der Basis dazu führt, dass sich diese Partner zu einer gemeinsamen Pressemitteilung finden, ist dies

sicher nicht selbstverständlich, spricht aber für eine hohe Kommunikationskultur und ein klares Bekenntnis zur FMH. Es ist nicht das Ziel, die 35 000 Mitglieder der FMH «gleichzuschalten». Die Heterogenität unserer Ärzteschaft, die unterschiedlichen Interessen und die vielfältigen Fähigkeiten und Fertigkeiten eröffnen auch Chancen. Wir Ärztinnen und Ärzte haben das Primat der Medizin. Gelingt es uns, in einem kritischen und konstruktiven Dialog unsere Vielfalt zu respektieren und unsere Gemeinsamkeiten zu stärken, werden wir bei den zukünftigen gesundheitspolitischen Weichenstellungen eine zentrale

Funktion übernehmen. Die Medizinische Gesellschaft Basel und die Ärztesgesellschaft Baselland haben in diesem Prozess eine entscheidende Rolle gespielt. Es ist nun wichtig, die notwendigen minimal 50 000 Unterschriften für die Lancierung des Referendums bis Ende Jahr beizubringen. Wir bitten unsere Mitglieder, diese wichtige Aktion weiter zu unterstützen.

Mit herzlichen, kollegialen Grüßen,  
Dr. Tobias Eichenberger,  
Präsident Ärztesgesellschaft Baselland  
Dr. Felix W. Eymann, Präsident  
Medizinische Gesellschaft Basel

# Medienmitteilung der FMH zur Urabstimmung Managed Care

Bern, 30. September 2011

Referendum gegen Managed-Care-Vorlage

## Die FMH geht gestärkt aus der Urabstimmung hervor

Nach dem deutlichen Nein der Ärzteschaft zur Managed-Care-Vorlage haben die FMH sowie Vertreter verschiedener Ärzteorganisationen gemeinsam die nächsten Schritte definiert. Lanciert wird das Referendum von mehreren Ärzteorganisationen, die FMH wird das Referendum klar unterstützen.

Der Zentralvorstand der FMH hat am 29. September 2011 zusammen mit Vertretern der Hausärzte, der fmCh, von Kantonal- und Fachgesellschaften sowie des VSAO die Situation nach der FMH-Urabstimmung analysiert und festgestellt, dass sich die kritische Haltung von Ärztinnen und Ärzten ge-

genüber der aktuellen Gesetzesvorlage 04.062 Managed Care quer durch alle Kantone und Fachgruppen zieht. Ein Verbund mehrerer Ärzteorganisationen ist bereits dabei, als Komitee das Referendum zu lancieren. Als Vertreter von über 35 000 Mitgliedern steht der Zentralvorstand der FMH zum Resultat der Urabstimmung und wird dem Referendumskomitee beitreten. Ende Oktober 2011 wird die Ärztekammer über das Referendum bzw. die Umsetzung dieses Urabstimmungsergebnisses beraten.

Die oben erwähnten Gesellschaften sind sich einig, dass die gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten

Jahre zu einer kritischen Haltung innerhalb des ärztlichen Berufsstandes geführt haben und sich nun im Resultat der FMH-Urabstimmung niederschlagen. Auch wenn sich die Ärztekammer 2006 für Managed Care ausgesprochen hat und bereits die Mehrheit der Hausärztinnen und -ärzte freiwillig in Netzwerken arbeitet, überzeugt die Vorlage nicht, dies wegen der Einschränkung der freien Arztwahl und der zwingenden Budgetmitverantwortung.

Auskunft: *Jacqueline Wettstein, Leitung Kommunikation FMH, Tel. +41 31 359 11 50, E-Mail: jacqueline.wettstein@fmh.ch*

(Fortsetzung Leitartikel)

jede Innovation vermissen lässt und letztlich keine geringeren Kosten, auch nicht tiefere Prämien, bewirkt. Allenthalben wird moniert, mit der Einheitskasse lasse man sich auf ein unkalkulierbares Experiment ein, es fehle an Erfahrungen und Vergleichsmöglichkeiten. Doch dieses Experiment wurde – anhand der kantonalen Gebäudeversicherungen – bereits durchexerziert und zeigt, dass die Befürchtungen unbegründet sind. Bei nüchterner Betrachtung wird auch klar, weshalb.

### 1. Die kantonalen Gebäudeversicherungen im Vergleich zu den Privatversicherungen

In 19 Kantonen<sup>1</sup> wird die Versicherung von Gebäuden gegen Feuer- und Elementarschäden<sup>2</sup> mittels selbständiger, kantonalen, öffentlich-rechtlicher Anstalten durchgeführt, den kantonalen Gebäudeversicherungen (KGV). Einerseits besteht ein Versicherungsobligatorium. Andererseits verfügen die KGV gemäss kantonalen Gesetzen für das jeweilige Kantonsgebiet über ein rechtliches Monopol, d.h., es gibt nur einen einzigen Anbieter. Jeder Gebäudeeigentümer muss sich somit ausschliesslich bei der zuständigen KGV versichern. Werbe- und Akquisitionskosten fallen nicht an, und der Gesetzgeber hat für äusserst schlanke Organisations-

strukturen gesorgt. Die 19 KGV decken 85% des schweizerischen Gebäudebestandes und 82% des gesamten Gebäudewertes ab. Durch das Monopol werden alle Gebäude, risikoexponierte und weniger risikoexponierte, erfasst, weshalb es zu einem maximalen Risikoausgleich kommt. Doch die KGV sind nicht bloss Versicherungen, sondern gleichzeitig und in erheblichem Ausmass auch in der Prävention und Schadenbekämpfung tätig. Über den vorbeugenden Brandschutz und Objektschutz gegenüber Naturgefahren wird die Entstehung von Schäden entweder verhindert oder zumindest das Schadenausmass begrenzt. Ausserdem nehmen die KGV auch die Aufgabe der Feuerwehr war, d.h. die Schadenbekämpfung. Bei den KGV muss deshalb von einem Gesamtsystem gesprochen werden, das zutreffend mit der Formel «sichern und versichern» charakterisiert wird. Da die KGV jedes Gebäude, also auch «schlechte» Risiken, versichern müssen, besteht ein Anreiz, Schäden möglichst tief zu halten, sprich in die Prävention und Schadenbekämpfung zu investieren. Weniger Schäden führen wiederum zu günstigeren Prämien für alle. Es entstehen zahlreiche Synergieeffekte.

In sieben Kantonen wird die Gebäudeversicherung dagegen von Privatversicherungen angeboten.<sup>3</sup> Wenn eine Pri-

vatversicherung die Feuerversicherung anbietet, muss sie die Deckung gestützt auf das Versicherungsaufsichtsgesetz auf die Elementargefahren erweitern, wobei der Deckungsumfang in Bezug auf Letztere gesetzlich fixiert ist. Dafür wird eine Einheitsprämie verrechnet, welche auf einem von den Privatversicherungen selbst erstellten Prämienkalkulationsschema und Prämientarif beruht. In drei dieser Kantone ist die Feuerversicherung und damit auch die Elementarschadenversicherung obligatorisch, in den übrigen vier Kantonen besteht Freiwilligkeit, wobei die Versicherungsdichte sehr hoch ist.

In der Gebäudeversicherung liegt somit eine Koexistenz von zwei Systemen vor. Einerseits haben wir das System der KGV, ein Monopolsystem, in dem jeder Wettbewerb ausgeschaltet ist. Diesem steht das System der Privatversicherungen gegenüber, das bei der Feuerversicherung dem Wettbewerb ausgesetzt ist bzw. den Markt spielen lässt, während in der Elementarschadenversicherung ein Pseudowettbewerb besteht. Die Leistun-

<sup>1</sup> ZH, BE, LU, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, SH, AR, SG, GR, AG, TG, VD, NE, JU.

<sup>2</sup> Schäden aufgrund Sturm, Hochwasser, Hagel, Lawinen, Erdbeben, Steinschlag, Schneedruck, im Kanton Zürich auch aufgrund Erdbeben.

<sup>3</sup> GE, UR, SZ, TI, AI, VS, OW.

gen beider Systeme lassen sich sehr gut vergleichen, denn die Versicherungsdeckungen sind dieselben und in beiden Systemen sind sowohl Gebäude aus städtischen Agglomerationen wie aus Berggebieten erfasst, weshalb auch bei den Risiken dieselbe Ausgangslage besteht. Ist nun das Wettbewerbssystem, dasjenige der Privatversicherungen, die effizientere, vorteilhaftere Lösung, mit günstigeren Prämien? Nein, dem ist nicht so. Das System der KGV ist vorteilhafter, was sich nicht zuletzt in massiv günstigeren Versicherungsprämien niederschlägt. Dies erstaunt nur auf den ersten Blick, bei näherer Betrachtung liegt die Überlegenheit des Monopolsystems auf der Hand.

## 2. Bestätigung der überlegenen Effizienz des KGV-Systems durch das Bundesgericht

Ausgerechnet die Privatversicherungen haben dem KGV-System zum wegweisenden Bundesgerichtsurteil von 1998 verholten.<sup>4</sup> Wer sich mit dem Thema Einheitskasse befasst, für den ist dieses Urteil Pflichtlektüre. Konkret hatten die Privatversicherungen das Monopol einer KGV als verfassungswidrig, nämlich als Verletzung der Handels- und Gewerbefreiheit (heute: Wirtschaftsfreiheit), angefochten.<sup>5</sup> Das Bundesgericht hat zunächst die Fakten analysiert und sich zu diesem Zweck mit verschiedenen ökonomischen Studien und Zahlenmaterial zu den Prämien auseinandergesetzt. Es stellte fest, dass die Prämien der KGV im Durchschnitt 40% tiefer sind als diejenigen der Privatversicherungen. Dieser markante Prämienunterschied setzt sich bis heute fort. Die Urteilsbegründung lässt aufhorchen, finden sich doch darin Passagen wie die folgenden:

«Welcher Anteil an den Gesamteinnahmen der Versicherung für die Deckung von Schäden verwendet wird, ist insofern nicht ausschlaggebend, als die Gebäudeversicherungen auch vorbeugenden Brandschutz finanzieren und damit dazu beitragen, dass Schäden gar nicht entstehen, was ebenfalls den Versicherten zugutekommt. In diesem Sinne ist ein Zusammenhang zwischen dem Versicherungssystem und dem Schadenverlauf jedenfalls denkbar: Es erscheint wenig wahrscheinlich, dass der

in den Kantonen ohne Monopolversicherung signifikant schlechterer Schadenverlauf rein zufällig sein soll. Eher plausibel erscheint demgegenüber, dass die kantonalen Gebäudeversicherungen dadurch, dass sie einen grösseren Aufwand für die Prävention leisten, zum wesentlich günstigeren Schadenverlauf beitragen und dadurch die tiefe Prämie ermöglichen. [...] Denkbar ist zudem, dass durch die Monopolisierung gewisse verwaltungsmässige Synergien mit staatlichen, ohnehin zu erfüllenden Aufgaben möglich sind und gewisse Verwaltungskosten, namentlich Akquisitionskosten, geringer gehalten werden können.

Gesamthaft gesehen bestehen plausible Gründe für die Annahme, dass die kantonalen Gebäudeversicherungen einen wesentlich günstigeren Schadenverlauf und damit sowohl geringere Schäden als auch deutlich tiefere Versicherungsprämien ermöglichen.

Damit kann ein zureichendes öffentliches Interesse an einer Monopolisierung der Gebäudeversicherung als ausgewiesen betrachtet werden. Die marktwirtschaftliche Ordnung, die durch die institutionelle oder wirtschaftspolitische Komponente von Art. 31 BV geschützt wird, findet ihre Legitimation darin, dass dadurch die wirtschaftlichen Bedürfnisse der Bevölkerung möglichst effizient und preisgünstig befriedigt werden sollen (ETIENNE GRISEL, *Liberté du commerce et de l'industrie*, Vol. 1, Bern 1993, S. 86 f.; JÖRG PAUL MÜLLER, *Die Grundrechte der schweizerischen Bundesverfassung*. Bern 1991, S. 354, KLAUS VALLENDER, *Wirtschaftsfreiheit und begrenzte Staatsverantwortung*, 3. Aufl. Bern 1995, S. 85). Erweist sich, dass eine Dienstleistung, an deren Obligatorium – wie auch die Beschwerdeführerin anerkennt – ein erhebliches öffentliches Interesse besteht, mit einem Monopolssystem wesentlich vorteilhafter erbracht wird als durch die Privatwirtschaft, so kann das ein zulässiges öffentliches Interesse darstellen, um eine Einschränkung der Handels- und Gewerbefreiheit zu rechtfertigen (BGE 101 Ia 124 E. 8b S. 128). [...]

Zwar können die Prämien bei einer Privatversicherung im Einzelfall insbesondere für Grosskunden wie die Beschwerdeführerin günstiger sein. Daraus folgt aber nicht, dass nur ein System zulässig wäre, welches – wie die Beschwerdeführerin vorschlägt – für die guten Risiken eine Privatversicherung zulässt und der kantonalen Gebäudeversicherung nur die schlechten Risiken überlässt. Eine solche Regelung würde mit erheblicher Wahrscheinlichkeit die bisherigen Vorteile der kantonalen Ge-

bäudeversicherung zunichte machen. Ein gewisser sozialer Ausgleich liegt im Wesen der meisten sozialpolitisch motivierten Regelungen. Dass im Einzelfall dadurch für gewisse Versicherte eine Höherbelastung resultiert, ist jedenfalls solange verfassungsrechtlich zulässig, als diese Mehrbelastung nicht übermässig wird, was indessen in der Beschwerde nicht dargelegt wird.»

## 3. Weshalb das System der KGV und die Einheitskasse vorteilhafter sind

Die KGV sind von allen Werbe-, Marketing- und Akquisitionskosten entlastet. Für Hochglanzprospekte, Werbeaktionen, Versicherungsvertreter und Callcenter, welche die Bevölkerung ständig mit unerwünschten Anrufen eindecken, muss kein Geld ausgegeben werden. Weiter findet der maximale Risikoausgleich zwischen guten und schlechten Risiken statt, was auch den schlechten Risiken eine zahlbare Versicherungsprämie garantiert. Es besteht vollständige Solidarität. Die sog. negative Auslese oder Antiselektion, d.h. die Kumulation von schlechten Risiken bei einer Versicherung, findet nicht statt, womit auch eine finanzielle Schiefelage der Versicherung vermieden wird. Die Jagd nach «guten» Risiken, um die finanzielle Situation zu verbessern, ist schlicht nicht möglich und auch nicht nötig. Zudem investieren die KGV viel mehr in die Schadenprävention und -bekämpfung. Die Privatversicherungen haben daran kein Interesse. Wer soll denn noch Versicherungsschutz erwerben, wenn es doch gar nicht mehr zu Schäden kommt? Nicht zu Unrecht wird in der Debatte mit dem Schlagwort «Die Privatversicherungen leben vom Schaden» operiert.

Bei genauer Betrachtung ist es somit ganz und gar nicht erstaunlich, dass das KGV-System deutlich effizienter ist als das Wettbewerbssystem. Letzteres kann aufgrund anderer Anreize und zusätzlicher Kosten schlicht nicht günstiger sein als das Monopolssystem.

Die Parallelen zum Gegenüber von Einheitskasse und heutigem System der sozialen Krankenversicherung mit über 80 Anbietern trotz Fixierung von Deckungsumfang und Prämien, aufgeblähten Strukturen, Pseudowettbewerb mit entsprechenden Werbe- und Akquisitionskosten und fehlenden Anreizen für die Prävention sind unübersehbar. Die empirischen Erkenntnisse aus der Gebäudeversicherung lassen sich auf die soziale Krankenversicherung übertragen und lassen nur einen Schluss zu: Die Ein-

4 Referenz: BGE 124 I 25, Urteil vom 27.02.1998.

5 Das Verfahren wurde mittels eines Unternehmens geführt, welches sich weigerte, sich bei der zuständigen KGV zu versichern, und das entsprechende kantonale Gesetz auf dem Weg der sog. konkreten Normenkontrolle wegen Bundesverfassungswidrigkeit anfocht.

heitskasse muss schlicht und einfach effizienter sein als das heutige System. Die Prämien werden unter dem System einer Einheitskasse sinken. Das Argument, der Verwaltungsaufwand mache doch nur einen geringen Teil aller Kosten im Gesundheitswesen aus, weshalb von einer Einheitskasse keine tieferen Prämien zu erwarten seien, ist eine Ausrede.

Obige Erkenntnis gilt nicht nur zugunsten einer nationalen Einheitskasse, sondern auch zugunsten einer regionalen oder kantonalen Einheitskasse, wie sie von der GDK Ost ins Spiel gebracht wurde. Auch der Umstand, dass das Krankenversicherungswesen komplexer und durch mehr Akteure gekennzeichnet ist als das Gebäudeversicherungswesen, ändert daran nichts. Ein Versicherungssystem, welches dem Gemeinwohl verpflichtet sein und allen einen zahlbaren Versicherungsschutz garantieren sollte, darf sich nicht gleichzeitig in einem Pseudowettbewerb verzetteln. Dies ist ein schwerer Konstruktionsfehler.

#### **4. Weshalb es trotz Einheitskasse nicht zu einem Qualitätsabbau kommen wird**

Auch diesbezüglich kann auf die Erfahrungen aus der Gebäudeversicherung zurückgegriffen werden. Die meisten KGV sind über 100 Jahre alt. Die KGV des Kantons Zürich, die gemessen an den versicherten Werten grösste KGV, feierte 2008 ihr 200-jähriges Bestehen. Hätten sich die eingangs genannten Befürchtungen bestätigt, müsste es um die Qualität der Leistungen der KGV sehr schlecht bestellt sein. Dem ist jedoch nicht so. Vielmehr erreichen die KGV bezüglich Zufriedenheit der Versicherten regelmässig Spitzenwerte. Wie ist das trotz Monopolssystem möglich, weshalb sind die KGV gerade keine trägen Einrichtungen geworden, die an den Bedürfnissen der Gebäudeeigentümer vorbeigehen?

Der Grund liegt darin, dass sich ein Monopolssystem in einer direkten Demokratie wie der Schweiz laufend «verdient» machen muss, um zu überleben. Jede Monopolinstitution sieht sich ständiger Skepsis ausgesetzt und untersteht einem erheblichen Rechtfertigungsdruck. Das Damoklesschwert der Privatisierung schwebt ständig über dem Kopf solcher Institutionen und diszipliniert sie. Gelegenheit für eine Privatisierung bieten jeweils Revisionen der Gebäudeversicherungsgesetze,

welche in gewissen Zeitabständen vorgenommen werden. Anlässlich der letzten Revision des Gesetzes über die Gebäudeversicherung des Kantons Zürich in den Jahren 1997–1999 kam es zu einer ordnungspolitisch geprägten Privatisierungsdebatte bzw. Infragestellung des Monopols, was angesichts des Umstandes, dass Zürich Standort zahlreicher Privatversicherungen ist, nicht erstaunt. In dieser Debatte zeigte sich jedoch, dass für eine Privatisierung schlicht keine rationalen Argumente sprachen. In der Volksabstimmung vom 7.2.1999 wurde das Monopolssystem mit 77% Ja-Stimmen bestätigt. Würden die KGV nicht eine qualitativ einwandfreie Leistung zu günstigen Prämien erbringen, würden sehr rasch auf politischer Ebene Vorstösse für eine Abschaffung lanciert. Bei miserabler Qualität und überhöhten Prämien wären die KGV längst von der Bildfläche verschwunden. Auch eine Einheitskasse in der sozialen Krankenversicherung könnte sich kaum halten, wenn sie qualitativ schlechte Leistungen erbringen würde. Es besteht also trotz fehlendem Wettbewerb ein erheblicher Wettbewerbsdruck, und zwar auf Systemebene, ein sog. Systemwettbewerb.

Häufig wird die Qualität von Versicherungssystemen bei der Schadenregulierung spürbar und für den Versicherten besonders wahrnehmbar. Auch hier haben die KGV gegenüber dem Wettbewerbssystem einen Vorteil, denn aufgrund ihres starken Engagements in der Schadenverhütung und -bekämpfung kennen sie das Risiko weit besser und verfügen über mehr Know-how für eine rasche Schadenregulierung.

Führt ein Monopolssystem zu einem Verlust an Innovation? Es ist eine Binsenwahrheit, dass im Versicherungsbereich die Innovationsmöglichkeiten sehr beschränkt sind. Wenn, dann kann allenfalls mit Selbsthalten operiert werden. Doch das Risiko, welches der Versicherte gedeckt haben möchte, bleibt immer dasselbe: Feuer in einem Gebäude oder eben der Beinbruch, der gedeckt werden soll. Dies war vor hundert Jahren so und wird auch in Zukunft nicht anders sein. Die «Innovation» der heutigen sozialen Krankenversicherungen erschöpft sich denn auch darin, in Hochglanzbroschüren Ferienarrangements und Qualitätsweine anzubieten. Dies kann

nicht die Aufgabe der sozialen Krankenversicherung sein.

#### **5. Welche soziale Krankenversicherung wollen wir?**

Die grundsätzliche Frage ist, ob eine soziale Krankenversicherung gewünscht wird, die allen Versicherten einen akzeptablen Versicherungsschutz zu zahlbaren Prämien und in guter Qualität garantiert, und dies unter gesamtwirtschaftlich annehmbaren Rahmenbedingungen. Die soziale Krankenversicherung soll nicht zu einem «Fass ohne Boden» für den Steuerzahler werden und möglichst selbsttragend sein, d. h., so weit wie möglich ohne staatliche Subventionen auskommen. Die Frage ist schlicht und einfach, ob die soziale Krankenversicherung als Universaldienst oder Service public ausgestaltet werden soll, also als alleine auf das Gemeinwohl ausgerichtete Institution, oder nicht.

Auch diesbezüglich ist die Bilanz der KGV ungetrübt. Alle Gebäudeeigentümer erhalten einen umfassenden Versicherungsschutz zu durchwegs zahlbaren Prämien und in guter Qualität. Die KGV sind selbsttragend, verfügen über keine Staatsgarantie und kommen trotz kräftiger Investitionen in die Prävention und Schadenbekämpfung ohne einen Rappen Subventionen aus.

Ist das Ziel eine soziale Krankenversicherung, die obigen Anforderungen gerecht wird, so kann dieses Ziel mit einer Einheitskasse besser erreicht werden als mit dem heutigen, in jeder Hinsicht ungenügenden System.

#### **6. Fazit**

Die Einheitskasse ist nicht ein völlig unkalkulierbares Experiment oder ein «Blindflug» in eine ungewisse Zukunft. Die KGV haben den empirischen Nachweis erbracht, dass ein Monopolssystem im Versicherungsbereich auf allen Ebenen bessere Resultate erbringt als ein Wettbewerbs- oder Pseudowettbewerbssystem, sofern das Ziel effektiv eine soziale, gemeinwohlorientierte Versicherung ist. Der Wechsel von einem intransparenten, ineffizienten Pseudowettbewerbssystem zu einem einfachen, transparenten, effizienten, auf das Gemeinwohl ausgerichteten Monopolssystem ist überfällig. Die Einheitskasse ist deshalb der heutigen Lösung vorzuziehen.

# Volksinitiative für Transparenz in der Krankenversicherung

Dr. Pierre-Alain Schneider  
Präsident des Initiativkomitees

Der Kampf für eine Reform des Schweizer Krankenversicherungswesens steht in der aktiven Phase. Die Ärztesgesellschaft des Kantons Genf (amg) und verschiedene Partnerorganisationen in der ganzen Schweiz lancierten die Volksinitiative «Für Transparenz in der Krankenversicherung». Mit von der Partie sind die kantonalen Ärztesgesellschaften der Kantone Zürich, St. Gallen und Tessin. *Die Ärztesgesellschaft Baselland und die Medizinische Gesellschaft Basel unterstützen das Initiativkomitee!*

Ziel des Begehrens ist eine klare Trennung zwischen der Grundversicherung als obligatorischer Sozialversicherung und den privatwirtschaftlichen Zusatzversicherungen. Bei Annahme des Vorschlags dürfte eine Krankenkasse nicht mehr in beiden Bereichen tätig sein. Der vorgeschlagene Verfassungartikel lautet: «Versicherer mit einer Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung dürfen keine Krankenzusatzversicherung betreiben.» Im Rückblick erweist sich das mit dem KVG eingeführte System als untauglich. Risikoselektion, unerlaubte Datenerhebung, intransparente Geldflüsse zwischen Grund- und Zusatzversicherungen, unterschiedliche administrative Behandlung der guten und der schlechten Risiken ... das alles sind Beweise für die Ineffizienz des derzeitigen Systems. Die Krankenkassen sind dabei in den Geruch der Intransparenz und des Zynismus geraten. Zwar wird das System nicht zum ersten Mal in Frage gestellt. Bisher sind jedoch alle Versuche aus den Kreisen des Parlaments von der Versicherungslobby zunichtegemacht worden, die einen Teil der Volksvertreter fest in ihrer Hand hält. Das Volk hingegen bekommt kein Geld von den Versicherungen. Ganz im Gegenteil: Es zahlt eine ganze Menge! Es hat folglich auch eher die Freiheit, ein pervertiertes System abzuschaffen.

## Neun gute Gründe, die Initiative zu unterschreiben

### 1. Zwei Versicherungen – zwei unterschiedliche Ansätze

Die obligatorische Krankenversicherung nach KVG ist eine Sozialversicherung und als solche der Solidarität verpflichtet. Sie wird hauptsächlich über einen obligatorischen Beitrag, eine Kopfprämie mit Steuercharakter, finanziert. Der Leistungskatalog, auf den sie sich bezieht, ist für alle gleich.

Die Zusatzversicherungen nach VVG sind hingegen freiwillig. Sie gestatten es dem Versicherer, einen Gewinn zu erwirtschaften. Bei den Zusatzversicherungen dürfen die Krankenkassen Bewerber ablehnen oder Gesundheitsvorbehalte anbringen.

Nach derzeitiger Regelung sind die Krankenkassen **berechtigt, diese beiden Versicherungsformen zugleich zu betreiben.**

### 2. Unzureichende wirtschaftliche Transparenz und ungenügende Überwachung

Die Grundversicherung muss völlig transparent und unabhängig von jeder anderen Geschäftstätigkeit geführt werden. Diese Transparenz ist für einen gesunden und wirtschaftlichen Umgang mit den Prämiegeldern unerlässlich. Doch die **Aufsicht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) genügt beim heutigen System nicht** für eine wirksame und zufriedenstellende Überwachung dieser Gelder. Im BAG sind lediglich 15 Personen mit der Überwachung der 81 Krankenkassen betraut, die insgesamt 20 Milliarden Prämienfranken für die Grundversicherung kassieren (*Zahlen des BAG für 2009*).

Trotz der seit Jahren angebrachten Beanstandungen **werden die Prämien weiterhin nach intransparenten Methoden und nicht im Verhältnis zu den tatsächlichen Kosten festgelegt.** Die Affäre um die Reservenüberschüsse, die aus geschäftsstrategischen Gründen in bestimmten Kantonen gebildet werden und in andere Kantone abfliessen, führt die unbillige Geschäftsführung der Krankversicherer klar vor Augen.

### 3. Pseudo-Synergien und tatsächliche Intransparenz

Wären private Anbieter wie die heutigen Krankenkassen tatsächlich in der Lage, die obligatorische Grundversicherung wirksam zu betreiben, müssten sie eigentlich ihre Geschäftsführung völlig transparent gestalten. Die konsolidierten Jahresrechnungen der Krankenversicherungen taugen jedoch nicht als Beleg für die Übereinstimmung ihrer Abrechnungsmethoden mit dem KVG, denn die Revisionsgesellschaften sind nicht verpflichtet, diese Übereinstimmung zu verifizieren. Die Vermischung, die sich ergibt, wenn die Krankenkassen Grundversicherung und Zusatzversicherungen mit demselben Personal und derselben Infrastruktur (Gebäude, Informatik) betreiben, gestattet jedenfalls keine echte Transparenz. **Die Intransparenz, die sich aus dem Miteinander zweier eigentlich gegenläufiger Versicherungsformen ergibt, hat das System in seinem Kern lahmgelegt.** Im Zusammenspiel mit einer mangelhaften Überwachung verleiten solche «Synergien» die Versicherer nicht nur zur **Risikoselektion**, sondern sie drängen sie geradezu dazu, **Aufwand, Leistungen und Mittel auf die Grundversicherung zu übertragen** und so zur künstlichen Erhöhung der Prämien beizutragen. Die **Geldflüsse** innerhalb der grossen Krankenkassen sind derart **undurchsichtig**, dass sie sich mittlerweile jeder politischen Kontrolle entziehen. Diese Intransparenz schlägt sich sogar in der **Rechtsstruktur** nieder, die sich gewisse grosse Versicherungsgruppen in der fast unverhohlenen Absicht gegeben haben, sich der Aufsicht des BAG zu entziehen. Obschon sie sich auf ihre Gutgläubigkeit berufen, lehnen die Versicherer jeden Wunsch nach mehr Durchblick ab unter dem Vorwand eines «Geschäftsgeheimnisses», das sie sich auf die Verwaltung einer obligatorischen Sozialabgabe anzuwenden berechtigt meinen.

### 4. Keine Verknüpfung mehr zwischen dem Abschluss einer Zusatzversicherung und der Grundversicherung

Der Leistungskatalog der Grundversicherung, das Verzeichnis der vergüteten me-

## Verteilen Sie 40 Unterschriftskarten und werden Sie Mitglied im 1000er-Klub

Die 1000 Mitglieder des 1000er-Klubs – das können, müssen aber nicht Ärzte und Ärztinnen sein – haben alle *ein* Ziel: Sie wollen der Initiative «Für Transparenz in der Krankenversicherung» zum Erfolg verhelfen.

Die 1000 Mitglieder des 1000er-Klubs kommen aus der ganzen Schweiz und:

- verpflichtet sich, mindestens 40 solche Karten, wie sie dieser Ausgabe beiliegen,
- an mindestens 40 Personen zu verteilen, die sich ihrerseits verpflichten, wenn möglich bis Ende Dezember 2011 je 4 Unterschriften von 4 Schweizer Bürgern einer selben Gemeinde zu sammeln und einzuschicken. Die Rücksendung ist portofrei!

Auf diese Weise können wir die 90 000 Unterschriften sammeln, die wir bis Ende Dezember noch zwingend zusammenbringen müssen, und noch einige mehr. **Es geht nicht nur um ein ganz wichtiges Anliegen** (ausführliche Informationen dazu auf <http://initiative-transparenz.ch>), **es geht um die Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft und um unser politisches Durchsetzungsvermögen in den nächsten Jahren!**

**In 3 Monaten müssen wir es schaffen: Zeigen Sie Ihr Engagement! Senden Sie Ihre Bestellung mit der gewünschten Anzahl Karten (40, 80, 120, ...) und Ihrer Adresse:**

- per E-Mail an: [info@amge.ch](mailto:info@amge.ch)
- per Fax an die Nummer 022 781 35 71
- per Post an die Adresse:  
AMG – Eidg. Initiative  
«Für Transparenz in der Krankenversicherung»  
Rue Micheli-du-Crest 12  
1205 Genf

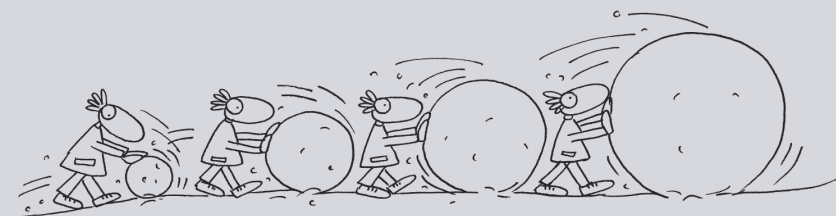
Proportional zu ihrer Bevölkerung sollten die Kantone Baselland und Basel-Stadt 7400 Unterschriften beisteuern (Stand heute: 380). **Wir suchen deshalb 90 Ärztinnen und Ärzte, die sich bereit erklären, mindestens 40 Unterschriftskarten zu verteilen; jede dieser Karten soll dann von mindestens zwei Stimmberechtigten einer selben Gemeinde unterzeichnet werden.**

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung und willkommen im Klub!

Dr. Pierre-Alain Schneider  
Präsident des Initiativkomitees

September  
30'000

Dezember  
120'000



**Unterzeichnen Sie deshalb bitte diese Initiative! Für Transparenz in der Krankenversicherung.**

Ein Unterschriftenbogen liegt dieser Nummer der Synapse bei. Weiteres Informationsmaterial erhalten Sie unter den oben aufgeführten Kontaktmöglichkeiten.

dizinischen Leistungen, ist für alle gleich. Der Zusatzversicherer verfügt somit über alle Angaben, die er benötigt, um zu erkennen, welche Kosten ihm und welche der Grundversicherung zufallen. Es bringt daher nichts, beide Verträge bei demselben Versicherer zu halten. Eine qualitätsbewusste Zusatzversicherung im Sinne des Versicherten ist eine, die diese Unterscheidung klar vornimmt.

**Die Versicherten müssen sich frei fühlen, ihre Verträge beim besten Grundversicherer abzuschliessen, ohne sich durch die Zusatzversicherung gebunden zu fühlen.** Es ist nicht annehmbar, dass sie, wenn sie völlig legal in den Genuss einer günstigeren Prämie kommen möchten, von einem Wechsel der Grundversicherung abgehalten werden, weil ihnen mit einer Erhöhung der Prämie für die Zusatzversicherung oder dem Entzug entsprechender Rabatte gedroht wird. Diese Zwangsbindung stellt eine gravierende Wettbewerbsverzerrung zuungunsten der Versicherten dar.

### 5. Risikoselektion, Blendwerk und Schikanen

Während bei der Grundversicherung Aufnahmezwang besteht und auch keine Vorbehalte gemacht werden dürfen, **ist für die Zusatzversicherung die Risikoselektion anhand von Fragebogen und Gesundheitstests durchaus gestattet.** Zahlreiche Erfahrungsberichte zeigen, dass einmal als «schlechte Risiken» identifizierte Anwärter, die voraussichtlich auch ohne eigenes Verschulden teuer zu stehen kommen, **keine Antwort** auf ihren Antrag auf Aufnahme in die Grundversicherung erhalten und dass **niemand das Telefon abnimmt**, wenn sie anrufen. In der Absicht, die «guten Risiken» herauszupicken, nutzen einige Versicherungsgesellschaften die Gelegenheit eines Übertritts, um ihren zukünftigen Grundversicherten über eine unbedeutende Alibi-Zusatzversicherung **illegal Angaben zu ihrer Gesundheit zu entlocken.** Die meisten Experten halten es für hochgradig unwahrscheinlich, dass der neue, vermutlich ab 2012 gültige Risikoausgleich solchen Machenschaften ein Ende setzen wird.

Tatsächlich **profitieren die Krankenversicherer also nur selber von den sogenannten Synergien**, die sie als wichtigsten Grund für die Beibehaltung des Status quo anführen, **während den Versicherten lediglich Nachteile entstehen.** Die Grundversicherung wird damit zum Lockvogel für den Verkauf von Zusatzversicherungen degradiert. So erklären sich

die Kosten von schätzungsweise fast 100 Millionen Franken, die allein für Werbung und Kundenakquisition beim Verkauf eines Produktes anfallen, das doch bei allen Versicherern identisch ist.

#### 6. Mangelhafter Datenschutz

Die Informationen, die der Versicherer im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen erlangt, dürften nicht dazu dienen, jemanden von einem Wechsel der Grundversicherung abzuhalten. Und doch sind, wie viele Zeugen unter anderem in Medienberichten bestätigen, **diese eigentlich streng geschützten Daten innerhalb einer Versicherung weitgehend verfügbar**, denn die beiden Versicherungssysteme werden oft demselben Personal anvertraut. Ab 2012, wenn das neue Spital-Tarifsysteem (DRG) in Kraft tritt, werden die Versicherer noch vermehrt Zugang zu sensiblen Gesundheitsdaten erhalten, und das Risiko einer Verwendung gegen die Interessen der Versicherten wird erheblich zunehmen. Somit kann die **Doppelfunktion der Versicherungsgesellschaften als wahres Damoklesschwert den Ausschluss des Versicherten von einer Zusatzversicherung oder die Verweigerung von Leistungen bewirken**.

#### 7. Die Versicherten kennen die Unterschiede zwischen den beiden Versicherungsarten nicht

Die gesetzliche Grundlage für die obligatorische Krankenversicherung ist das Krankenversicherungsgesetz (KVG), für die Zusatzversicherungen hingegen das Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Wenn jedoch ein Versicherungsvertrag eine kombinierte Deckung vorsieht, können Laien nur schwerlich erkennen, welche Bestimmungen sich worauf beziehen. **Ein Verbot von Mischverträgen könnte auch hier Abhilfe schaffen und verhindern, dass diese Verwirrung dazu genutzt wird, von den Versicherten mehr oder weniger legal persönliche Daten einzuholen.**

#### 8. Es geht um die Zukunft der Krankenversicherung

Infolge des heutigen Finanzierungsmodus der obligatorischen Krankenkasse sind immer mehr Versicherte, darunter insbesondere Familien, kaum mehr in der Lage, ihre Prämien zu zahlen, und alle Szenarien deuten auf eine weitere Verteuerung des Gesundheitswesens hin. Eine wirksame Umsetzung der Reformen, die im Gange sind, um diesen Kosten Einhalt zu gebieten, ist nur auf der Grundlage eines gesunden Finanzierungssystems möglich. **Eine transparente Krankenversicherung ist daher unabdingbar für die Wiederherstellung des Vertrauens und der Glaubwürdigkeit, ohne die keine der Reformen durchziehen ist, deren unser Gesundheitswesen bedarf, sollen die Prämien massvoll bleiben.**

Die politischen Debatten haben ein wahres Netzwerk von politischen Seilschaften ans Licht gebracht, das die Versicherer in Bern aufgebaut haben, um ihre Kontrolle über das Gesundheitswesen zu festigen und jegliche Reform im Sinne einer vermehrten Transparenz abzuwürgen. Diese mächtige prämiertenfinanzierte

Lobby war verantwortlich für zahlreiche Blockierungsmanöver und die daraus resultierende Verewigung unhaltbarer Zustände für die Versicherten.

#### 9. Im Interesse der Versicherten

Durch die Trennung von Zusatzversicherungen und Grundversicherung wird den Verzerrungen, die sich aus deren Vermischung ergeben, Einhalt geboten, und die Grundversicherung wird wieder ihrer wahren Bestimmung als Sozialversicherung auf Gegenseitigkeit zugeführt. So kann die politische Debatte wieder mit der für die Fortführung der Reformen erforderlichen Gelassenheit geführt werden. Doch in erster Linie **liegt diese Trennung im Interesse der Versicherten selbst, denn sie schafft eine klare Regelung, die auf politischem Wege mit allen Verzögerungen und Halbheiten nicht zu erreichen war**. Sie macht Schluss mit den schädlichen Anreizen, die bewirken, dass zwischen den Interessen der Krankenversicherer und jenen ihrer Versicherten ein grundsätzlicher Widerspruch besteht. **Das Parlament hat sich bereits mit drei Vorstössen zugunsten einer verbesserten Transparenz befasst. Alle wurden schliesslich zurückgezogen oder abgelehnt, ohne dass die nötigen Massnahmen ergriffen worden wären, um transparente Abläufe in der obligatorischen Krankenversicherung zu gewährleisten. Da noch jedes Projekt in diesem Sinne an der parlamentarischen Lobby gescheitert ist, muss sich das Volk nun selbst Gehör verschaffen.**

Politik

## MedGes-Podiumsdiskussion zum Thema «6. IV-Revision: Anspruch und Wirklichkeit»

Wir möchten Sie auf eine durch die Medizinische Gesellschaft Basel organisierte öffentliche Podiumsdiskussion zum Thema «6. IV-Revision: Anspruch und Wirklichkeit» aufmerksam machen. Die Rückführung von 16 000 IV-Rentnern in die Arbeitswelt der Wirtschaft ist das erklärte Ziel dieser Revision. Das ist sehr ehrgeizig. Die Öffentlichkeit soll jenseits

von politischen Schlagwörtern auf Möglichkeiten, v.a. auch auf die Grenzen dieses Anspruches, hingewiesen werden. Auch über mögliche unbeabsichtigte Folgen wird informiert.

Die Veranstaltung findet statt am **Donnerstag, 24. November 2011, um 18.30 Uhr** (bis ca. 20.00 Uhr, mit anschliessen-

dem Apéro) im Cityforum der Basler Zeitung (Aeschenplatz 7). Nach diversen Kurzreferaten von ausgewiesenen Fachpersonen wird eine durch Roger Thiriet moderierte Diskussion geführt werden können.

Bitte reservieren Sie sich dieses Datum, das genaue Programm werden Sie separat per E-Mail erhalten.

Wie im Artikel von J. Zbinden gezeigt wird, startet nun das eHealth-Projekt Regio. Nach dem Aufbau einer eHealth-Gesamtarchitektur sollen folgende drei Bereiche mittels IT-Technologie optimiert werden:

- elektronische Kommunikation unter anderem zwischen Spital und niedergelassenen Ärzten
- Radiologienetzwerk, um Bilder und Berichte elektronisch zur Verfügung zu stellen
- eRezept; elektronischer Rezeptaus-tausch

Es handelt sich aktuell um ein reines

IT-Projekt, welches technische Problemlösungen bringen soll. Weitere politische, standespolitische und patientenspezifische Fragestellungen, welche im ursprünglichen Projekt enthalten waren, wurden ausgeklammert.

Für den niedergelassenen Arzt mit elektronischer Krankengeschichte (eKKG) ist es hilfreich, wenn die verschiedensten elektronischen Kommunikationswege für Berichte und Röntgenbilder optimiert und auf *ein* System konzentriert werden. Zurzeit sind nur ca 15% der niedergelassenen Kollegen so ausgerüstet; es handelt sich um eine Lösung für eine

kleine Minderheit. Welche Anreize führen weitere unserer Kollegen zur «elektronischen Praxis»?

Beim eRezept bestehen einige wesentlichen offenen Fragen: Wer elektronisch ein Rezept für den Apotheker erstellt, dies in seiner eKKG speichert, einen Interaktionscheck durchführt und der Apotheke elektronisch übermittelt, erbringt eine wesentliche und bis anhin nicht abgeholte Mehrleistung. Wo bleibt da der Anreiz für den Arzt, hier teilzunehmen und in sein System zu investieren?

Reto Misteli, Zuzgen,  
Leiter AG eHealth AeGBL. MedGes

# eHealth-Regioprojekt ... nun geht's los!

(Teil 1)

Jan Zbinden, Gesundheitsdepartement  
Basel-Stadt

## 1. eHealth

Das Gesundheitswesen ist geprägt vom Zusammenspiel vieler Akteure, komplexen Prozessen und grossen Datenmengen. eHealth hat zum Ziel, die grossen Datenmengen effizient zu verwalten und die diesbezüglichen Kommunikationsprozesse zu unterstützen. Die WHO beschreibt eHealth als «den kostengünstigen und sicheren Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien, um die allgemeine Gesundheit zu fördern».

Im Januar 2006 hat der Bundesrat die Strategie für eine Informationsgesellschaft in der Schweiz aus dem Jahr 1998 revidiert. Neu wurde ein Kapitel «Gesundheit und Gesundheitswesen» in die Strategie aufgenommen. Dabei setzt der Bundesrat seine Schwerpunkte beim elektronischen Behördenverkehr (eGovernment) und beim Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im Gesundheitswesen (eHealth).

Ziel des Bundesrates ist, dass die Menschen in der Schweiz bis zum Jahr 2015 «den Fachleuten ihrer Wahl unabhängig von Ort und Zeit relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen» können. In diesem Zusammenhang spricht man auch vom Elektronischen Patientendossier.

## 1.1 eHealth Suisse

Um Einheitlichkeit bezüglich Zielen zwischen den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen (Bund, Kantone, Private) sicherzustellen und damit eine gewisse Investitions- und Planungssicherheit für Projekte und Modellversuche (siehe dazu Kapitel «Modellversuche») zu gewährleisten, haben Bund und Kantone das Koordinations- und Informationsorgan eHealth Suisse gegründet. Mit eHealth Suisse wollen Bund und Kantone gemeinsam mit allen Akteuren im Gesundheitswesen dazu beitragen, dass sich «eHealth» in der Schweiz besser entwickeln kann.

Die Entscheide des Koordinationsorgans haben keine unmittelbare Rechtskraft und sind als Empfehlungen an alle Akteure zu verstehen. Bund und Kantone haben jedoch mit einer eHealth-Rahmenvereinbarung den Willen bekundet, die Entscheide im Rahmen ihrer Zuständigkeit umzusetzen und je nach Bedarf neue rechtliche Grundlagen zu schaffen. Ein zentraler Punkt der eHealth-Strategie von Bund und Kantonen ist die Vorgabe von IHE (Integrating<sup>1</sup> the Health Enterprise). IHE Europe hat zum Ziel, den elektronischen Informationsfluss von Informationen zu den Patienten zwischen den einzelnen IT-Systemen der verschiedenen Gesundheitswesen zu verbessern. Durch die Definition von grundsätzlichen Bedingungen/Standards ermöglicht IHE sowohl den einzelnen Institutionen der öffentlichen Hand als auch privaten An-

bietern von IT-Lösungen die Entwicklung von eHealth-Lösungen, welche miteinander kommunizieren können.

## 1.2 Modellversuche

Die «Strategie eHealth Schweiz» enthält keinen fertigen Umsetzungsplan. Vielmehr sollen die technischen, organisatorischen oder rechtlichen Leitplanken so gesetzt werden, dass sich «eHealth» entwickeln kann. Die Ziele der Strategie müssen auf die Bedürfnisse der Behandlungsregionen heruntergebrochen und dort konkretisiert werden.

Die bisherigen Vorarbeiten von «eHealth Suisse» aus den Jahren 2009 und 2010 sowie die breite Akzeptanz der technischen und organisatorischen Empfehlungen sollen eine Basis für sogenannte Modellversuche in den Behandlungsregionen bieten. Modellversuche sind demnach Projekte, welche von den Kantonen lanciert werden und eine Einführung von eHealth in Modellregionen zum Inhalt haben, wobei den Standards von eHealth Suisse möglichst zu folgen ist (die kantonalen Gesundheitsdirektoren haben sich im November 2009 einstimmig zur Umsetzung der Empfehlungen «Standards und Architektur» bekannt). In diesem Zusammenhang wurde zudem ein Evaluationskonzept ausgearbeitet, welches die einzelnen Modellversuche in verschiedenen Schweizer Kantonen/Regionen beurteilen und labeln soll. Diese

<sup>1</sup> To integrate in der Bedeutung «vernetzen»



Evaluationen werden auf Wunsch der Projektleiter von der Fachhochschule Bern durchgeführt und von eHealth Suisse finanziert. Ziel ist einerseits eine externe Beurteilung auf Kompatibilität des jeweiligen Modellversuchs mit den Vorgaben von eHealth Suisse. Zudem bringen die Resultate der einzelnen Evaluationen wiederum einen Zuwachs an Wissen um eHealth für eHealth Suisse. Dieses koordinierte Vorgehen von Bund und Kantonen unter Einbezug aller Akteure soll sicherstellen, dass die Gesamtinteressen verfolgt und Insellösungen möglichst verhindert werden, und so die Investitionssicherheit erhöhen.

### 1.3 Die technischen Aspekte von eHealth

eHealth ist der Überbegriff für elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen und hat zum Ziel, den Austausch von Informationen mit Hilfe von elektronischer Datenübertragung und Datenablage zu vereinfachen. Zur Übersicht kann eHealth in vier Bereiche unterteilt werden, wobei der Bereich Telemedizin in der Folge nicht näher beschrieben wird:

#### 1.3.1 Zielgerichteter unstrukturierter Datenaustausch

Hierbei geht es vor allem um gesicherte E-Mail-Systeme. Ein Leistungserbringer kann einem anderen über eine gesicherte Verbindung Informationen (Dokumente, Bilddateien usw.) zusenden. Die Kommunikation erfolgt zielgerichtet, d.h., der Sender bestimmt den Empfänger. Unstrukturiert bedeutet, dass keine strukturierten (maschinenlesbaren) Daten zu Patient und Fall im E-Mail enthalten sind und daher die Dokumente nicht automatisch in ein Patienten- oder Klinikinformationssystem des Empfängers abgelegt werden können. Der Empfänger bestimmt, wie mit dem Dokument weitergearbeitet wird. Diese Systeme bedingen beim Empfänger klare Prozesse, um einen sicheren Umgang mit den gesendeten Daten zu gewährleisten. Sendet beispielsweise ein Arzt Daten für eine Spitaleinweisung, muss gewährleistet sein, dass der Empfänger im Spital die erforderlichen Schritte zur Aufnahme des Patienten veranlasst. Tut er dies nicht, erscheint der Patient aus der Sicht des Spitals unangemeldet, obwohl eine Anmeldung stattgefunden hat.

#### 1.3.2 Zielgerichteter strukturierter Datenaustausch

Auch hier bestimmt der Sender den Empfänger. Allerdings sind die gesendeten

Informationen strukturiert und können daher beim Empfänger direkt in das Patienten- oder Klinikinformationssystem abgelegt werden. Das bei der unstrukturierten Kommunikation beschriebene Prozessproblem besteht nicht mehr. Dies erhöht die Sicherheit und Verbindlichkeit der Kommunikation.

#### 1.3.3 Die dezentrale Ablage von Patientendossiers

Diese Form des Informationsaustausches kennt keinen Sender oder Empfänger. Die Patienteninformationen werden in Datenbanken abgelegt. Jeder an das System angeschlossene Akteur hat – die entsprechende Berechtigung vorausgesetzt – Zugriff auf diese Informationen. Auch der Patient kann mittels einer eindeutigen Identifikation (z.B. Versicherungskarte, Swiss ID) auf sein eigenes elektronisches Patientendossier zugreifen. Der Zugriff ist zu jeder Zeit möglich. Technisch spricht man hier von einer Affinity Domain.

### 2. Der Modellversuch Regio Basel

#### 2.1 Beschreibung

Mit dem Modellversuch Regio Basel soll eine XDS-Affinity-Domain zur dezentralen Ablage von elektronischen Patientendossiers in der Regio Basel bis Ende 2012 (Modellversuch) aufgebaut werden, an welche alle Leistungserbringer (vorab Spitäler, Arztpraxen, Röntgeninstitute, Labore und Apotheken) im Gesundheitswesen der Region (und evtl. weitere) angeschlossen sind bzw. werden können. Hinzu kommt der Einsatz von zielgerichteter strukturierter Kommunikation. Zudem wird ein Service zur Meldung von Ein- und Austritten bzw. zur Anmeldung von Patienten aufgebaut.

Es besteht sowohl für Patienten als auch für die Leistungserbringer kein Teilnahmepflicht. Das System erfüllt die Empfehlungen zu Standards und Architektur von eHealth Suisse<sup>2</sup> und wird mit anderen Schweizer Modellversuchen kommunizieren können. Der Zugriff von Patienten auf ihr eigenes Dossier muss unter der Bedingung der nationalen Einführung einer technisch genügenden Patientenidentifikation (Versicherungskarte, Swiss-ID usw.) gewährleistet sein.

Die Serverplattform der Firma Swiss Medical Suite AG (SMS, Joint Venture der H-Net AG und der Visionary AG) bildet die Basis zur oben beschriebenen XDS-Affinity-Domain, welche die zentrale Infrastruktur für ein ePatientendossier bildet. Sie besteht aus vier Grundelementen:

- o einem «Master Patient Index»,

- o einem «Health Professional Index»,
- o einem «XDS-Registry» und
- o einem zentralen «XDS-Repository».

Der «Master Patient Index» ist eine Datenbank, in welcher die Daten der Patienten eingetragen sind, zu denen elektronische Dossiers angelegt wurden. Der «Health Professional Index» ist die dazu analoge Datenbank, in welcher alle am Modellversuch beteiligten Leistungserbringer verzeichnet sind. Im «Registry» finden sich die Angaben, wo zu welchem Patienten welche Daten abgelegt sind und wer darauf zugreifen darf. «Repositories» sind diejenigen Server, in welchen die elektronischen Patientendossiers abgelegt werden. Diese stehen jeweils bei den Leistungserbringern. Es wird kein zentraler Server aufgebaut, in welchem sich alle Patientendossiers befinden. Auf der SMS-Plattform finden sich mit anderen Worten alle notwendigen Angaben, um einerseits den Datenzugriff zu regeln (Wer hat auf welche Daten Zugriff?) und die gesuchten Daten zu finden (Zu welchem Patienten befinden sich an welchem Ort welche Daten?). Hinzu kommen die Security-Infrastruktur und ein Policy-Enforcement-Point, welcher die Arzt-Patienten-Beziehung verwaltet. Um den Dossierzugriff der Ärzte zu realisieren, wird zudem ein XDS-Consumer implementiert.

Zusätzlich zu Aufbau und Implementierung einer eHealth-Gesamtarchitektur in der Region Basel für Spitäler und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie allfällige weitere Gruppen kommt der strukturierte, gerichtete Meldungs-austausch bei folgenden Anwendungen zum Einsatz:

- Spital-Hausarzt-Kommunikation
- Integration MedGate (Workflow Callcenter > Spital/Arzt)
- Aufbau Radiologienetz Basel
- Arzt-Apotheker-Kommunikation (eRezept)
- Spital-Apotheker-Kommunikation (eRezept)

Die H-Net AG steht in einem vertraglichen Verhältnis zum Gesundheitsdepartement Basel-Stadt und hat auf dieser Basis die oben beschriebene Serverplattform aufgebaut. Die H-Net AG wird während des Modellversuchs der externe IT-Partner sein.

(Teil 2 folgt in Synapse 8)

<sup>2</sup> Die Empfehlungen zu Standards und Architektur von eHealth Suisse bauen im Wesentlichen auf den Vorgaben der entsprechenden IHE-Profile auf.

# Eine gemeinsame Medizin für Mensch und Tier? – Und ob!

Jakob Zinsstag, Andrea Meisser, Markus Spichtig und Andreas Schlumpf

Am Ende des 19. Jahrhunderts erlebte die Zusammenarbeit von Human- und Tiermedizin als «Vergleichende Medizin» einen Höhepunkt. Im 20. Jahrhundert entstanden immer neue Fachdisziplinen, und Veterinär- und Humanmedizin gingen in zunehmendem Masse eigene Wege. Trotz grosser Erfolge bei der Ausrottung von Zoonosen, zwischen Tier und Mensch übertragbaren Krankheiten, beschränkte sich die Kommunikation zwischen den beiden Berufsgruppen vorwiegend auf die Risikobewältigung im Rahmen von «emerging diseases», also neu auftretenden Krankheiten.

Die amerikanische Veterinärepidemiologie prägte in den 1960er Jahren den Begriff «One Medicine» und postulierte, dass beide Medizinen die gleichen paradigmatischen fachlichen Grundlagen haben und deshalb eine möglichst enge Zusammenarbeit anstreben sollten. Human- und Tiermedizin sollten sich gegenseitig ergänzen und befruchten. Doch: Wo liegt der zweifellos erzielbare Mehrwert, und wie kann man diesen messen und aufzeigen?

Neuere Projekte des Schweizerischen Tropen- und Public-Health-Instituts untersuchten solche Fragestellungen in Afrika und Asien. Im zentralafrikanischen Land Tschad beispielsweise sind in bestimm-

ten Bevölkerungsgruppen mehr Kühe als Kinder geimpft. Gemeinsame Impfdienste für Tier und Mensch, natürlich mit dem entsprechenden Fachpersonal, verhelfen Kindern und Frauen zu vorbeugenden Impfungen, zu denen sie sonst keinen Zugang hätten. In der Mongolei ist die Massenimpfung der Nutztiere, Schafe, Ziegen und Kühe gegen Brucellose für die öffentliche Gesundheit allein nicht kostenwirksam. Sie wird aber dann wirtschaftlich interessant, und zwar mit einem Nutzen-Kosten-Verhältnis von 3 zu 1, wenn die Gewinne für die Landwirtschaft und die privaten Haushalte eingeschlossen werden. Hier könnte eingewendet werden, dass eine solche Zusammenarbeit halt besser in Entwicklungsländern, aber kaum in Industrieländern funktioniert. Dass das nicht ohne weiteres stimmt, zeigte vor kurzem der massive Ausbruch von Q-Fieber in den Niederlanden; die schlechte Kommunikation zwischen Veterinär- und Gesundheitsbehörden, bzw. zwischen Fachleuten der Tier- und der Menschengesundheit, führte zu einer unnötigen Erhöhung der Fallzahlen. Als eines der wenigen Länder verfügt Kanada über eine vollständig integrierte Überwachung von Durchfallerregern und Antibiotikaresistenzen. Auch ausserhalb der Infektionskrankheiten hat die Mensch-Tier-Beziehung eine Vielfalt von positiven Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden des Menschen (und des Tieres). Stichwörter wie Sozialpartner, Vereinsa-

mung im Alter, Depression, Übergewicht, Lernhilfe für Kinder und viele andere mehr geben einen ersten Hinweis auf das vielversprechende Spektrum.

Anlässlich einer im vergangenen Jahr vorgenommenen Analyse zeigten sich zahlreiche Schlüsselpersonen aus der Schweizer Gesundheitsszene durchaus interessiert an der Idee von «One Medicine» oder «One Health», wie das Konzept heute überall genannt wird. Aber auch sie forderten mehr Evidenz und verlässliche Zahlen<sup>1</sup>. Ein Projekt des Nationalen Forschungsschwerpunktes Nord-Süd (NCCR North-South) untersucht gegenwärtig das Potential von «One Health» in der Schweiz und versucht, die Kommunikation auf allen relevanten Ebenen zu verbessern. In diesem Rahmen laden wir Sie am 10. November 2011 um 17 Uhr zum ersten gemeinsamen Anlass der Basler Medizinischen Gesellschaft und der Tiermedizinischen Gesellschaft Regio Basiliensis ein. Neben einer speziellen Führung bietet sich dabei die Gelegenheit zum Austausch mit Fachkolleginnen und -kollegen der jeweils «anderen» Medizin. Der Abend wird umrahmt von Kurzreferaten und einer moderierten Diskussion. Sie werden über die Fülle von hochinteressanten gemeinsamen Themen staunen! Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

<sup>1</sup> Meisser A, Schelling E, Zinsstag J. One Health in Switzerland: a visionary concept at a crossroads? *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13201.

## Neuer Fortbildungskalender

Unter der Adresse [www.fortbildungskalender-synapse.ch](http://www.fortbildungskalender-synapse.ch) sind ab sofort die für unsere Region wichtigen ärztlichen Weiterbildungen aufgelistet. Die Website ersetzt den erfolgreichen Synapse-Kalender, den Christoph Itin seit Jahren mit einfachen, aber praktischen Mitteln zusammenstellte. Zunächst hat er diese grosse Arbeit für die damalige GAMBA geleistet und später mit dem gleichen Einsatz und der gleichen Zuverlässigkeit über viele Jahre den Fortbildungskalender der Synapse erstellt. Für

diese grosse Arbeit im Hintergrund gebührt ihm der Dank der Redaktion und der Synapse-Leser.

Am bewährten Format wird nichts verändert. Der grösste Vorteil des Online-Kalenders ist, dass er kurzfristig aktualisiert werden kann, beispielsweise bei Fortbildungen, welche nach Redaktionsschluss geplant werden, bei Raumänderungen oder Krankheitsfällen. Zudem können Papierberge verkleinert werden. Die Website wird unterstützt durch die Mepha; diese hat aber keinen Einfluss auf

die Auswahl der Veranstaltungen. Auch in Zukunft werden Veranstaltungen, welche Werbecharakter haben, nicht berücksichtigt. Wenn Sie eine Veranstaltung publizieren wollen, senden Sie bitte ein E-Mail an [julian.mettler@hin.ch](mailto:julian.mettler@hin.ch). Folgende Informationen sind notwendig: Datum, Zeit, Ort, Referenten, Thema und Veranstalter. Bitte auch angeben, welche Credits vergeben werden, ob Kosten anfallen und ob eine Anmeldung notwendig ist.

Redaktion Synapse

# Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte

## Am Puls der Basis ...

Die Diskrepanzen bei der FMH zwischen Führung und Mitgliederbasis haben den Vorstand der VHBB darin bestärkt, von Zeit zu Zeit seine eigenen Mitglieder zu bestimmten Projekten/Strategien (auch ausserhalb der Generalversammlung) zu befragen. Er hofft dabei auf das Verständnis der Kolleginnen und Kollegen in Anbetracht der täglichen E-Mail-Flut. Solche Befragungen sind nicht häufig notwendig, können dann aber für den Vorstand von grosser Bedeutung sein. Je zahlreicher die Antworten jeweils ausfallen, desto mehr kann der Vorstand mit ihnen anfangen.

## Selbstdispensation

Nachdem die Apotheker die Drogisten erfolgreich um die Abgabe von Medikamenten der Gruppe «C» gebracht haben, versuchen sie konsequent, die gesamte Medikamentenabgabe an sich zu reissen. Dies, obschon eine solche Regelung ausschliesslich standespolitisch motiviert und nicht etwa gesundheitsökonomisch wäre oder nachweislich dem Bedürfnis der Kunden entsprechen würde. Und nicht nur das: Schrieben sie bislang gross «Wer verordnet, verkauft nicht» (ein Bonmot aus der Zeit Friedrichs II., als es darum ging, die Untertanen vor den Apothekern [!] zu schützen) auf ihre Fahne, sprechen sie uns Ärzten mittlerweile gar den Sachverstand für den pharmakologischen Therapieentscheid ab: Ärzte sollen die Diagnose stellen und die Medikamentenverordnung gefälligst den

Apothekern überlassen («Wer verkauft, soll auch verordnen»). Eine Gelegenheit bzw. eine Plattform dazu könnte ihnen das eHealth-Konzept des Bundes offerieren.

Es ist an der Zeit, das Wohl der Patienten ins Visier zu nehmen und uns auch hierzulande dafür einzusetzen, dass dem Patientenwillen entsprochen und nicht eine fragwürdige Planungspolitik zugunsten einer Berufsgruppe verfolgt wird, welche konzeptuell ärztlichem Hilfspersonal entspricht. Der Kanton Zürich hat's vorgemacht, die Aargauer Kollegen sind daran, die direkte Medikamentenabgabe flächendeckend «zurückzuerobern».

## Notfalldienst Basel-Stadt

Der Notfalldienst in der Hausärztlichen Notfallpraxis am Unispital ist attraktiv,

auch für jüngere Kolleginnen und Kollegen. Dennoch ist aus Qualitätsgründen eine gewisse hausärztliche Vorerfahrung (und Vernetzung) erwünscht. In diesem Zusammenhang wäre auch die Frage interessant, ob bestimmte Auswahlkriterien einzuführen sind, welche über die Anzahl der Jahre Berufserfahrung hinausgehen. Neben solchen Fragen sollte jedoch auch der Hausbesuch als nach wie vor urtümliches Element der Hausarztmedizin (sic!) hochgehalten werden, dessen Attraktivität weiterhin zu erhalten ist. Die entsprechenden Entwicklungen – auch z.B. am Kantonsspital – verfolgt der Vorstand der VHBB über seine Vertreter mit grossem Interesse.

Für den Vorstand VHBB:

Christoph Hollenstein  
www.vhbb.ch

## VHBB-Herbstbummel

Am 27. Oktober erlebt der VHBB-Herbstbummel seine dritte Auflage. Es handelt sich erneut um eine leichte Wanderung, diesmal von Arlesheim auf die Schönmatte, wo uns ein Zvieriplättli serviert werden wird. Anschliessend Wanderung zurück ins Birstal.

Treffpunkt: 14:00 Uhr Arlesheim Dorf (Tramhaltestelle)  
Anreise mit BLT (Linie 10) oder mit PW (Parkplätze in der Umgebung)

Rückkehr: ca. 17:15 Uhr am Ausgangsort

Der Unkostenbeitrag von Fr. 20.– wird vor Ort eingezogen.

Anmeldungen bitte bis 20.10.2011 ans Sekretariat  
(sekretariat@vhbb.ch bzw. Fax 061 295 46 47)

## 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  
Dr. med. Lukas Wagner, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

## Verantwortlicher Fortbildungskalender

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

## Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ  
Tel. +41 (0)61 467 85 55, Fax +41 (0)61 467 85 56  
E-Mail: verlag@emh.ch  
www.emh.ch

**Layout, Satz und Druck**  
Schwabe AG, Basel/MuttENZ

**Erscheinungsweise**  
erscheint achtmal jährlich

**Abonnementskosten**  
Jahresabonnement CHF 50.–

## Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Ariane Furrer, Assistentin Inserateregie  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ  
Tel. +41 (0)61 467 85 88, Fax +41 (0)61 467 85 56  
afurrer@emh.ch

«Synapse»-Archiv im Internet [www.aerzte-bl.ch](http://www.aerzte-bl.ch)



**Sekretariat der Ärztesellschaft Baselland**  
Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt  
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach  
Tel. +41 (0)61 976 98 08, Fax +41 (0)61 976 98 01  
E-Mail: fschwab@hin.ch



**Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel**  
Dr. Jennifer Langloeh-Wetterwald  
Marktgasse 5, CH-4051 Basel  
Tel. +41 (0)61 560 15 15, Fax +41 (0)61 560 15 16  
E-Mail: info@medges.ch

Einträge von Veranstaltungen im Fortbildungskalender: Veranstaltungen bitte mit Angabe von Datum, Zeit, Ort, Referenten, Thema und Veranstalter frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin (E-Mail: christoph.itin@hin.ch) anmelden. Der Fortbildungskalender wird momentan mit der aktuellen Synapse auf [www.aerzte-bl.ch](http://www.aerzte-bl.ch) und [www.medges.ch](http://www.medges.ch) aufgeschaltet.

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 4.11.2011