



Todestag von Walter Rudolf Hess

In der SÄZ Nr. 39 wird uns der Nobelpreisträger Walter Rudolf Hess als einer der wichtigsten Physiologen und Vertreter der experimentellen Biologie in Erinnerung gerufen [1]. Er erforschte mit neuen tierexperimentellen Methoden u. a. den schwer zugänglichen Subcortex. Erwähnt werden auch der grosse Hirnanatom Constantin von Monakow sowie die vielen Hirnforscher des 19. und des 20. Jahrhunderts mit ihrer «nüchternen Hirnforschung».

Alle diese Experimente haben der Medizin Erkenntnisse gebracht, ohne die wir uns die heutige Medizin in vieler Hinsicht nicht vorstellen könnten. Sie haben den Menschen Nutzen gebracht. Dies ist die eine Seite der Medaille.

Die andere Seite beinhaltet den millionenfachen Tod von Affen, Katzen, Hunden, Mäusen und vielen anderen Tieren. Ich möchte es lieber nicht wissen, wie sie in unendlich grausamen Tierversuchen, entsetzlichen Vivisektionen (früher) gequält wurden. Einem Menschen würde man solche Dinge niemals zumuten. Wo war die Ethik der Verantwortung? Ich möchte auch nicht wissen, wieviel Leid der Tiere dabei völlig sinnlos war.

Wie viele Versuchstiere heute jährlich in der Schweiz und auf der ganzen Welt «eingesetzt und verbraucht» werden – hat sie jemand gezählt? Es muss eine horrend hohe Zahl sein.

Die Würde der Tiere ist bei uns im Gesetz verankert. Ich wünsche und hoffe, dass heute wenigstens bei uns dieser ethischen Verpflichtung bei den zuständigen Behörden und in den Tierversuchslabors nachgelebt wird.

Wenn viele sich respektvoll vor der Leistung und den gewonnenen Erkenntnissen der oben erwähnten Forscher verneigen, so verneige ich mich mit aufgewühlten Gefühlen und traurigem Herzen vor dem Meer von Leid, Qualen, Schmerzen und Tod der unschuldigen und wehrlosen Tiere. Ich bitte sie alle um Verzeihung. Im Verhalten des Menschen zu Wesen, die sich in seiner Gewalt befinden, zeigt sich seine Menschlichkeit.

Dr. med. Lloyd Huber, Zürich

1 Stockhammer E. Zum dreissigsten Todestag des Neurophysiologen Walter Rudolf Hess. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(39):2048-51.



Offener Brief der Gesellschaft der Belegärzte des Kantons Zürich

Tenor und Inhalt des Statements [1] bedürfen einer Replik.

Zum Tenor

H. H. Brunner positioniert die klageführenden Kolleginnen/Kollegen in die Ecke von Querulanten. Dabei handelt es sich um standespolitisch engagierte Ärztinnen/Ärzte, die lediglich die ihnen zustehenden und legitimen Rechtsmittel geltend machen.

Zum Inhalt

Nach der Kündigung aller Arztverträge durch die Spitäler bestehen verworrene Verhältnisse. Weder für den ambulanten noch für den stationären Bereich bestehen für die Belegärzte bis anhin neue Verträge.

Der Vorstand der Belegärztegesellschaft des Kantons Zürich findet deshalb die Formulierung des Statements stossend und die Behauptung, dass für die Belegärzte eine Regelung erfolgt sei, nicht den Gegebenheiten entsprechend.

Im Namen des Vorstandes:

Der Präsident der Gesellschaft der Belegärzte des Kantons Zürich, Dr. Reto Stoffel, Kilchberg

1 Brunner HH. Die FMH auf der Anklagebank. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(37):1879.



Ärztetzwerke und finanzielle Verantwortung

Als Gruppe von praktizierenden Ärzten, die eigenwirtschaftlich ihre Grundversorger- und Spezialistenpraxen betreiben, beschäftigen wir uns seit einigen Monaten ganz konkret mit der Konstruktion eines lokoregionalen ärztlichen Netzwerkes «bottom-up». Verständlicherweise habe ich mich sogleich auf die beiden Artikel Baur [1] und Sommer [2] gestürzt. Ich konnte bei der Lektüre auch einiges dazulernen, schlüssig sind die aufgeworfenen Fragen zur Zeit allerdings nicht zu beantworten. Dazu ein weiterer Aspekt:

Aus der konkreten Erfahrung meines aktuellen Tagesgeschäfts bin ich ernüchert über die Tatsache, dass der Ökonom (!) Sommer kein Wort darüber verliert, wer die Mehrarbeit (oder deren Finanzierung) leisten soll, welche die Entwicklung und Organisation von ärztlichen Netzwerken mit Budgetkompetenz und Budgetverantwortung mit sich bringt. Diese Leistungen scheinen für ihn so wenig zu existieren, wie die Gewinne der Krankenkassen (eben erhielt meine 21jährige Tochter eine persönlich adressierte umfangreiche Werbebotschaft einer grossen Krankenkasse mit Gratisansichtskarten). Ob sich im eidgenössischen Parlament bei der KVG-Revision jemand diese Frage je gestellt hat, wage ich zu bezweifeln.

Angesichts der unsäglichen Mühen der Politik zum Beispiel mit der monistischen Spitalfinanzierung, wie sie mittlerweile fast jede politische Partei zwar offen fordert, jedoch im politischen Prozess nicht umzusetzen vermag, bezweifle ich doch sehr, dass der von Sommer am Schluss zitierte *Staat* überhaupt in der Lage ist, ein funktionierendes Gesundheitswesen zu organisieren (die ehemaligen Ostblockländer lassen grüssen; Zahlungsmittel waren dort Naturalien und Trinkgelder). Ich selber kann nur hoffen, unsere eigenen umfangreichen und ernsthaften Anstrengungen zur Organisation eines Netzwerkes seien – obwohl gratis – nicht ganz vergebens. Unser Ziel ist allerdings vorerst einmal die bessere Transparenz der Verhältnisse, denn Transparenz, Glaubwürdigkeit und Realitätssinn scheinen uns unabdingbare Voraussetzungen zu einer positiven weiteren Entwicklung in diesen Fragen – und daran gälte es in erster Linie zu arbeiten.

Ein guter Freund von mir ist Maschineningenieur und dessen Firma arbeitet häufig (und offenbar recht erfolgreich) für die amerikanische Automobilindustrie. Bei unserem letzten gemütlichen Zusammensein mokierte er sich über die Gewohnheit der Amerikaner, unzählige exakte Spezifikationen für die zu konstruierenden Maschinen anzugeben. Er meinte, am Schluss hätte er am liebsten seine amerikanischen Geschäftspartner gefragt: «Weshalb bauen Sie eigentlich die Maschinen nicht gleich selber?!»

Dr. med. Reto Gross, Altstätten SG

- 1 Baur HR. Kritische Bemerkungen zum Modell «Ärzt Netzwerk mit Budgetverantwortung». Schweiz Ärztezeitung 2003;84(40):2081-2.
- 2 Sommer JH. Ärzte ohne finanzielle Verantwortung? Schweiz Ärztezeitung 2003;84(40):2083-4.

Ärzte ohne finanzielle Verantwortung?

Der Kommentar «Ärzte ohne finanzielle Verantwortung» von Prof. Dr. J. H. Sommer [1] enthält in diffusen Andeutungen das Rezept, wie die finanzielle Misere im Gesundheitswesen nun gelöst werden kann: «Eine Kosten-Nutzen-Abwägung ist eine unausweichliche Notwendigkeit» und «eine neue medizinische Ethik ist daher dringend nötig [...]»

Herr Prof. Sommer verkennt erstens die Tatsache, dass es sich bei unseren «Kunden» um Patienten, um kranke Menschen handelt, die ärztliche Hilfe von sich aus aktiv suchen und dies zu jeder Tages- und Nachtzeit; Menschen werden nicht auf der Strasse dazu eingeladen, sich doch einmal gründlich untersuchen und abklären zu lassen. Ein Patient ist – zumindest in den Augen der meisten Ärzte – nicht eine Einnahmensquelle, den es nun, da dieser Patient sich ja glücklicherweise in seiner Praxis eingefunden hat, möglichst vollständig auszubeuten gilt. Die Patienten sind heutzutage sehr gut informiert; dazu beigetragen haben die Medien wie z. B. diverse Fernsehsendungen wie auch das Internet. Das Spektrum der einschlägigen Behandlungsmöglichkeiten sind dem Patienten durchaus bekannt.

Zweitens schuldet Herr Prof. Sommer nun die Antwort, wie diese neue medizinische Ethik praktisch und konkret, mit lebenden Objekten sozusagen und nicht vom grünen Tisch aus zu funktionieren hat. Lohnt sich denn die Behandlung eines Rauchers mit chronischer Bronchitis, oder gar die Koronarangiographie und Bypass-Operation? Muss denn der graue Star bei der 84jährigen Grossmutter operiert werden, damit sie in dem lediglich noch einen verbleibenden Lebensjahr wieder lesen kann oder handelt es sich hier um Luxus? Zystische Fibrose – wieso eigentlich bei dieser stark eingeschränkten Prognose die Behandlungs- und damit Überlebenszeit so lange hinauszögern? Wie steht es mit den immer wiederkehrenden Aufenthalten in der Intensivstation eines Alkoholabhängigen – nicht behandeln? Soll die Entwicklung neuer und damit meist teuren Abklärungsmöglichkeiten und Therapien gestoppt werden, um nicht das Angebot noch mehr auszuweiten? Ist die Therapie der Pneumonie eines behinderten Kindes sinnvoll oder eher als Behinderung kostengünstiger Medizin anzusehen, da ohne Behandlung der Tod einen Kostenproduzenten mit sowieso eingeschränkter Lebensqualität eliminieren würde?

Herr Prof. Sommer ist nun herzlich eingeladen, sich mit diesen etwas unangenehmen und leider etwas konkreten Fragen zu beschäftigen. Es ist interessant zu erfahren, wie in plastischen Beispielen die neue medizinische Ethik denn aussehen soll – ebenso, ob Herr Prof. Sommer damit einverstanden ist, diese neue Ethik auf sich selbst und seine Angehörigen anzuwenden – ohne Berücksichtigung seiner eigenen finanziellen Kapazitäten mit der Möglichkeit, im Bedarfsfalle eine gewünschte Therapie doch noch erhalten zu können.

Es ist nicht möglich, einen Mercedes zum Preise eines Fiats zu kaufen – genauso unmöglich ist es, immer bessere und effizientere Therapien zum Preise von anno dazumal zu erhalten, schon gar nicht mit den aktuellen demographischen Verhältnissen. Es ist der Bevölkerung überlassen, wieweit sie bereit ist, die Kosten dafür zu tragen – wenn aber eine «neue medizinische Ethik» gewünscht wird, muss sie diese selbst formulieren und auch die Verantwortung dafür übernehmen müssen.

Dr. med. J. Frei, Basel

- 1 Sommer JH. Ärzte ohne finanzielle Verantwortung? Schweiz Ärztezeitung 2003;84(40)2083-4.



Referendum gegen revidiertes KVG

Das Abstimmungsresultat der Ärztekammer vom 11. Oktober 2003, insbesondere das krasse Stimmenverhältnis von 157 zu 2, hat mich schwer enttäuscht. Diese Form der Verweigerungspolitik finde ich grundsätzlich falsch. Auch wenn das Referendum voraussichtlich zustande kommt, wird der Abstimmungskampf zum Fiasko für die Ärzte/Ärztinnen werden. Unser Image wird ein weiteres Mal in der Öffentlichkeit schwer beschädigt werden. Der erste Artikel im Tages-Anzeiger von Herrn Schilling hat den zu erwartenden Tenor schon angezeigt: Nachdem schon der TARMED jahrelang diskutiert wurde und sich als Hauptproblem pekuniäre Interessen gewisser Gruppierungen herauskristallisiert hat, wird die Ärzteschaft erneut als Verteidiger finanzieller Eigeninteressen dargestellt werden. Das Argument des sogenannten Paradigmenwechsels bei der freien Arztwahl ist nicht stichhaltig: Schon jetzt besteht nicht immer freie Arztwahl, und auch bei der minimalen Lockerung des Vertragszwangs ist mit keiner grossen Änderung zu rechnen. Aber die Öffentlichkeit wird den Eindruck haben, wir versuchen erneut, die schwarzen

Schafe zu decken! Retorsionsmassnahmen der Politiker/innen sind zu erwarten und die Volksinitiative der SVP wird Auftrieb erhalten. Vernetztes Denken und Handeln wird damit abgelehnt, eine Einstellung, die sich nicht halten werden kann. Leider hat die FMH eine Chance verpasst, proaktiv die Zusammenarbeit mit Politik und Versicherungen zu fördern. Grabenkämpfe sind unnötiger Geld- und Energieverschleiss!

Dr. med. Christoph Bovet, Winterthur



SUVA und TARMED: zu viele Ungereimtheiten!

Die SUVA akzeptiert nur elektronische Abrechnungen über die Ärztekasse oder für selber Abrechnende über die Mediport-Schnittstelle, also über Medidata. Medidata ködert unsere Softwarefirmen mit einer Provision pro angeschlossenen Kunden! Sie handelt als Kartellist, auch wenn die Provision einen «Marktanstrich» hat, der aber nur zur Erreichung des Kartellziels dient. Dass der Mediport nicht zuverlässig funktioniert, sei nur am Rande erwähnt ...

Völlig inakzeptablerweise wird die elektronische Rechnungsübermittlung über unsere standeseigenen Trustcenter nicht akzeptiert. Zudem werden wir bestraft, indem die SUVA alle Limitationen für nicht elektronisch Abrechnende ohne jegliche Übergangsfrist in Kraft gesetzt hat. Das heisst z. B.: Maximaldauer der Konsultation 20 Minuten, für einen Besuch 25 Minuten usw. (Tip: nicht bezahlte Zeit als Beratung verrechnen).

Unbekannt dürfte die pikante Tatsache sein, dass die SUVA ärztliche Leistungen ihrer Ärzte intern und bei Rechnungsstellung an Fremdversicherer noch nach dem alten SUVA-Tarif abrechnet, da sie noch nicht in der Lage ist, den TARMED intern anzuwenden!!!

Fazit:

1. Bleibt bei den standeseigenen Trustcentern, oder schliesst Euch diesen möglichst rasch an! Nur wenn wir zahlreich daran teilnehmen, können wir von der standeseigenen Datensammlung und -aufbereitung für weitere Taxpunktverhandlungen profitieren.
2. Widersteht der Versuchung Medidata, sie verfolgt nicht Eure Interessen!
3. Denkt bei der Rechnungsstellung an die zusätzlichen Zeitfaktoren wie Beratungen!

Dr. med. Michel Marche, Safnern



Deux prix différents pour une même prestation

Dr. G. Guignard beanstandet sicherlich zu Recht die um 40 % ungleiche Abgeltung einer identischen Leistung, je nachdem, ob sie im Spital oder in der Praxis erbracht wird [1]. Eine solche unterschiedliche Abgeltung ist betriebswirtschaftlich nicht begründbar, betreffe es nun die Taxpunktzahl oder den Taxpunktwert. Dies ist denn auch einer der über 2000 Anträge im Reengineering.

Die Argumentation des Tarifiedienstes FMH [2], dass der Operationsaal im Spital teurer sei als in der Praxis, lässt sich aus folgenden Gründen betriebswirtschaftlich nicht ableiten:

1. Wenn ein Operationsaal im Spital teurer ist, als es für die erbrachte Leistung notwendig wäre, dann allenfalls deshalb, dass er besser ausgelastet ist, wenn darin auch anspruchsvollere Operationen durchgeführt werden können. Dies begründet jedoch betriebswirtschaftlich für die vorgegebene, auch in der Praxis durchführbare Leistung keine Differenzierung zwischen Spital und Praxis. Das Spital müsste für diesen Eingriff konsequenterweise einen der Leistung entsprechenden einfacheren Operationsaal zur Verfügung stellen.
2. Ebensogut könnte umgekehrt für ein und dieselbe Leistung in der Praxis ein höherer Preis gefordert werden als im Spital. Die Begründung dafür wäre eine weniger gute Auslastung des Praxis-OP. Dieser ist beispielsweise bei einem Belegarzt nur an drei Halbtagen in der Woche ausgelastet, da der Belegarzt die grösseren Eingriffe im Spital, die kleineren im Behandlungsraum durchführt. Dies ist jedoch ebenso wenig ein Grund für eine höhere Abgeltung in der Praxis als im Spital oder für eine gleich hohe Abgeltung des Behandlungsraums wie für den Praxis-OP.
3. Der Praxis-OP eines Facharztes FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie, in welchem die von der Tarifkommission FMH erwähnte Leistung Pos. 11.0320 «Resektion eines mali-

gnen Tumors in der Mundhöhle, mit Infiltration der Nachbarstrukturen (T4)» erbracht werden kann, kostet, wie eine Untersuchung anlässlich der TARMED-Erhebungen bei den frei praktizierenden Kollegen ergeben hat, ebenfalls Fr. 800 000.–. Wenn dieser Eingriff in einem derart eingerichteten Praxis-OP erbracht wird, ist ein um 40 % reduzierter Preis gegenüber dem Spital betriebswirtschaftlich ebenfalls nicht gerechtfertigt.

4. «Gleiche Leistung – gleicher Preis» stellt im invasiven Bereich eine grundlegende betriebswirtschaftliche Forderung dar, sowohl was die Taxpunktzahl als auch den Taxpunktwert betrifft. Innerkantonale wie kantonale Unterschiede für das genannte Beispiel einer Malignomentfernung aus der Mundhöhle sind betriebswirtschaftlich nicht begründbar.

Dr. med., Dr. med. dent. Roland R. Schmoker, Bern

- 1 Guignard G. Deux prix différents pour une même prestation. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(39):2016.
- 2 FMH Service tarifaire. Réplique. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(39):2016.



Gedanken eines alten Arztes zur Dignität Ohrspülung

Ich habe in der Ohrenklinik in Bern bei Prof. Escher gelernt, Ohren zu spülen. Bei Bedarf wende ich auch einen Haken an. Die Reinigung des äusseren Gehörgangs gehört zum täglichen Brot des Grundversorgers. Die Dignität kommt aus der Erfahrung. Ein zu wiederholender Kursus zu deren Anwendung erscheint mir lächerlich. Falls man ohne Dignitätskurse nicht mehr Ohren spülen darf, wird dies eine gewaltige Mehrung der Umtriebe und Unkosten ergeben, was sicherlich weder im Interesse des Patienten noch demjenigen des Krankenkassenprämienszahlers ist.

Wundversorgung

Gelernt 1957 Chirurgie Zieglerspital und 1958–1959 Bezirksspital Aarberg. Unzählige Male gemacht seither in der Praxis. Weiterentwicklung aus Assistenzen und regelmässigem (seit 40 Jahren) Lesen von «Lancet» und «New England Journal of Medicine». Die Eingriffe sind immer im Sprechzimmer vorgenommen worden. Dank gründlicher Antisepsis und wohl auch eingeborenen Saprophyten ohne Eiterungen oder Komplikationen. Ich möchte hier nicht über nosokomiale Infekte in den grossen Kliniken noch über Versager in der «Greenhouse-Technik» sprechen. Ein «ops» hic et nunc wäre sinnlos und zu teuer. In letzter Zeit nehmen die Wundversorgungen in meiner Praxis wieder zu, weil wohl jüngere Kollegen weniger geneigt sind dazu und weil die Leute nicht gerne stundenlang in den Notfallkliniken warten mögen. Beugesehnen im «carrefour» habe ich nie gemacht. Strecksehnen habe ich seit Aufkommen der Handchirurgen aufgegeben, weil sie das besser können. Wenn ein Fall meine Möglichkeiten übersteigt, delegiere ich.

Problem der Dignität: siehe oben.

Die Liste solcher Behandlungen (z. B. Entfernung von Corpora aliena aus der Hornhaut) kann je nach Fähigkeiten und Gewohnheiten beliebig verlängert werden. In Kürze: FMH, TARMED und Dignität meinen es sicher gut. Sie sind aber eindeutig zu weit gegangen. Sie werden ungeheure Komplikationen und Kostensteigerungen verursachen, was sie ja unbedingt verhindern wollten.

Dr. med. F. Traffelet, Uetligen



Formation en radioprotection

Nous venons de passer nos examens pour devenir experts en radioprotection. L'Ordonnance fédérale sur les formations et les activités autorisées en matière de radioprotection, du 15 septembre 1998, stipule dans son article 7: «La reconnaissance d'une formation est valable dix ans au plus» [1].

La compréhension la plus simple de cet article signifie que nous devrions repasser un examen dans dix ans au plus. Je n'ai pas souvenir d'avoir lu un commentaire à ce propos dans la BMS ni ailleurs.

Dr Jean-Frédéric Leuenberger, Bonvillars

1 www.admin.ch/ch/f/rs/814_501_261/index.html.

Réplique

La durée de validité citée à l'article 7 de ladite ordonnance, se rapporte à la reconnaissance des cours de formations visés aux articles 11 à 13, 15, 16 et 18 de l'Ordonnance sur la radioprotection. (ORaP; RS 814.501). Ces formations doivent être reconnus par l'Office fédéral de la santé publique et sont valables dix ans au plus. Ils doivent être validés après ces dix ans pour garder la validité. La durée de validité ne comprend pas la formation individuelle des personnes ayant fait une formation selon les articles 11–13, 15, 16 et 18 de l'ORaP.

Jürg Marti

*Office fédéral de la santé publique
Division radioprotection
Service Formation
et produits radiopharmaceutiques
Berne*



Das Bundesamt für Gesundheit ist schwerkrank

Kollege Backes «Standpunkt» [1] spricht mir aus dem Herzen. Bloss seinen Titel, wonach das «Bundesamt für Gesundheit» schwerkrank sei, vermag ich nicht zu akzeptieren. Im Gegenteil wirkt doch auch dieses Bundesamt quicklebendig und gibt eine glänzende Bestätigung der «Eigendynamik der Bürokratie» nach dem «Parkinsonschen Gesetz» von 1958 dar (RoRoRo-TBV 1993).

In Anlehnung an den berühmten Spruch unseres einmaligen «Nebelsplatters-Bö»:

Wer sitzt zu Bern und gibt dem Staat die heutige Gestaltung?

Hä, zweitens isch's der Bundesrat und erschtens die Verwaltung!

Versuche ich, Kollegen Backes «Standpunkt» kurz zu fassen:

Wer sorgt für Leidende und Alte in unserer Eidgenossenschaft?

Wer frisst denn die – dem Kranken zugedachte – Zeit in unserer Gesellschaft?

Hä, zweitens sind's die Dökterlein, soweit was übrig bleibt, und erstens Bürokraten in ihrer Selbstzweck-Herrlichkeit!

Dr. med. Helmut Eichenberger, Zollikon

1 Backes HU. Das Bundesamt für Gesundheit ist schwerkrank. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(42):2216.

Allgemeinpraxis am Untergang

Kollege H. U. Backes hat mit seinen Ausführungen in seinem Beitrag allzu vielen Kollegen aus dem Herzen gesprochen [1]. In meiner 29jährigen Tätigkeit als Allgemeinpraktiker habe ich als Einzelkämpfer die zunehmend schikanösen Vorschriften miterlebt. Zum für die praktische Tätigkeit völlig unnützen Röntgenexamen zur Erlangung des Sachverständigen-Titels musste ich gottlob nicht mehr antreten, da ich meine Praxistätigkeit vor einem Jahr aufgegeben habe. Ich darf mich glücklich schätzen, ein Ärzte-Ehepaar als Praxisnachfolger gefunden zu haben. Ich kenne viele Kollegen, deren Praxis zu verweisen droht, da sich die jüngere Ärztegeneration nicht mehr mit schikanösen Vorschriften herumschlagen will. Nach meiner Erfahrung sind es nicht die Patienten, welche der Allgemeinpraxis den Todesstoss versetzen, sondern vor allem Politiker und sogenannte Experten, die als üble Schreibtischtäter in praxisfremder Manier das Arbeitsklima mit nicht mehr nachvollziehbaren Vorschriften vergiften. Die Staatsmedizin lässt grüssen!

Dr. med. Max Schreier, Kriegstetten

- 1 Backes HU. Das Bundesamt für Gesundheit ist schwerkrank. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(42):2216.



Cavete Collegae!

Oder: warum ich der Personalvorsorgestiftung der Ärzte und Tierärzte gekündigt habe.

Bei der Abrechnung 2002 habe ich festgestellt, dass in St. Gallen nur die AHV-Beiträge nach den Lohnblättern abgerechnet wurden, nicht aber die Beiträge der 2. Säule. Nach dreimaliger schriftlicher Vorstellung halte ich nun die effektive Abrechnung auch der 2. Säule in der Hand: meine Praxisassistentin L. A. erhält statt Fr. 2829.– nur Fr. 2448.– gutgeschrieben, E. G. steigt von Fr. 3827.– auf Fr. 4428.–, bei M. S. beträgt der Unterschied satte minus 47%. Auf Deutsch: L. A. und M. S. wurden überhäuft, E. G. bestohlen. Für mich resultiert ein Guthaben von Fr. 116.–, ich wurde also auch Opfer der sogenannten 10%-Klausel.

Eine solche Klausel ist ungerecht und muss abgeschafft werden. Weder schriftlich noch mündlich habe ich dazu irgendeine Antwort erhalten. Ich kann Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen aus der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin, deshalb nur auffordern: kontrollieren Sie Ihre Personalabrechnungen auf Ungereimtheiten in der 2. Säule und verlangen Sie in St. Gallen eine richtige Schlussabrechnung.

Dr. med. J. Bitterli, Freiburg

Cavete Collegae!

Ou le pourquoi de mon départ de la Fondation de prévoyance pour le personnel des médecins et vétérinaires.

Sur le décompte 2002, j'ai constaté qu'à St-Gall ils ont décompté sur les fiches de salaire les cotisations de l'AVS mais pas les cotisations du 2^e pilier. Après trois lettres, j'ai enfin entre mes mains le véritable décompte. Mon assistante médicale L. A. reçoit au lieu de Fr. 2829.– seulement Fr. 2448.–, E. G. monte de Fr. 3827.– sur Fr. 4428.–. Chez M. S. il y a une différence de 47% en moins. En français: L. A. et M. S. sont comblées, E. G. volée. Pour moi résulte un bonus de Fr. 116.–, je suis donc aussi victime de cette soi-disante clause de 10%.

Une clause comme-ça est injuste et doit être annulée. Je n'ai pas reçu de réponse ni écrite ni orale. Je peux vous conseiller, chères Collègues et chers Collègues de la médecine humaine, dentaire et vétérinaire, de vérifier vos décomptes du personnel du 2^e pilier et demander à St-Gall un juste décompte en cas d'autres incongruités.

Dr. med. J. Bitterli, Fribourg

Replik

AHV-Lohn nicht = BVG-Lohn – Das BVG mit seinen Besonderheiten.

In Abweichung zu den AHV-Bestimmungen müssen beim BVG gelegentlich anfallende Lohnbestandteile (z.B. Gratifikation) nicht versichert werden. Wenn die Abweichung vom im voraus gemeldeten BVG-Lohn im Bereich von rund 10% zum gemeldeten AVH-Lohn liegt, erfolgt unsererseits eine BVG-Lohnanpassung nur dann, wenn uns dies mit der jeweils im November zugestellten separaten Liste mitgeteilt wird. Dr. med. J. Bitterli hat mit dem ihm dafür zugestellten Formular (inkl. aller notwendigen Erläuterungen) diese Meldung Ende Jahr unterlassen. Dies führte zum aufgeführten Unterschied, für welchen Dr. med. J. Bitterli uns jetzt die Schuld zuschieben will.

Bitter ist, dass Dr. med. J. Bitterli wahrheitswidrig behauptet, von uns weder schriftlich noch mündlich dazu irgendeine Antwort erhalten zu haben. Mehrere Briefe mit Erläuterungen (diese sind der Redaktion zugestellt worden) belegen das Gegenteil, und dem Begehren von Dr. med. J. Bitterli folgend, haben wir die Anpassungen auch nachträglich vorgenommen. Trotz weiteren Briefen und einer telefonischen Besprechung beharrt Dr. med. J. Bitterli unverständlicherweise auf der Publikation seiner wahrheitswidrigen Darstellung.

Erfreulich ist, dass diese Publikation Sie als Arbeitgeber bestimmt anregen wird, die BVG-Lohndeclaration im Dezember wie bisher korrekt vorzunehmen und dass wir die Gelegenheit benützen können, auf eine kommende Neuerung hinzuweisen. Die medisuisse AHV IV arbeitet daran, dass Sie die Lohndaten sowohl für die AHV wie auch für das BVG gemeinsam und auf Wunsch über das Internet werden mitteilen können. Diese Neuerung wird die BVG-Lohndeclaration frühestens ab 2005 verändern. Wir werden Sie rechtzeitig informieren.

*Eugen Rieder, Geschäftsleiter Personalfürsorge-
stiftung der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG, Bern*

Réplique

Le salaire AVS n'est pas = au salaire LPP – La LPP et ses particularités.

En s'écartant en cela des dispositions valables pour l'AVS, des éléments du salaire versés occasionnellement (par. ex. une gratification) ne doivent pas obligatoirement être assurés à la LPP. Lorsque l'écart par rapport au salaire-LPP annoncé à l'avance se situe autour des 10% par rapport au salaire-AVS, nous ne procédons pour notre part à une adaptation du salaire-LPP que si cela nous est notifié au moyen de la liste séparée qui est chaque fois remise en novembre.

M. J. Bitterli, docteur en médecine, a omis de nous faire cette communication avec la formule idoine que nous lui avons remise (avec toutes les explications nécessaires). Cela a conduit à la différence pour laquelle le docteur J. Bitterli voudrait maintenant nous faire endosser la responsabilité.

Ce qui est désagréable est que M. le docteur J. Bitterli, contrairement à la vérité prétend n'avoir reçu de nous ni oralement ni par écrit une quelconque réponse à ce propos. Plusieurs lettres explicatives (que nous avons remises à la rédaction) prouvent le contraire comme aussi le fait que, conformément à la requête du docteur J. Bitterli, nous avons procédé après coup aux adaptations demandées. En dépit d'autres lettres et d'un entretien téléphonique, le docteur J. Bitterli persiste de façon incompréhensible à exiger une publication de ses allégués contraires à la vérité.

Ce qui est réjouissant pour les employeurs que vous êtes est que cette publication va certainement vous inciter à remplir correctement comme jusqu'ici, en décembre, la déclaration de salaire LPP et que cela nous fournit l'occasion d'attirer votre attention sur une nouveauté à venir. Medisuisse AVS AI travaille à ce que vous puissiez nous communiquer, ensemble, les données concernant les salaires pour l'AVS ainsi que pour la LPP et que vous puissiez si vous le souhaitez le faire via Internet. Cette nouveauté va modifier la déclaration de salaire LPP au plus tôt à partir de 2005. Nous vous en informerons en temps opportun.

*Eugen Rieder, directeur de l'entreprise,
Fondation de prévoyance pour le personnel des
médecins et vétérinaires PAT-BVG, Berne*