



Oktober 2004 / 5

doc.be

Ärztegesellschaft des
Kantons Bern
Société des médecins du
canton de Berne
www.berner-aerzte.ch

Zulassungsstopp bis 2008 verlängert

Der Vorstand der Berner Ärztegesellschaft ist gegen die Verlängerung des Zulassungsstopps für praktizierende Ärztinnen und Ärzte

Die vom Bundesrat dem Parlament beantragte Einschränkung der freien Arztwahl (sog. «Aufhebung des Kontrahierungszwangs») wird nicht schon – wie ursprünglich geplant – im Juli 2005 in Kraft treten können. Um Zeit zu gewinnen, haben beide Kammern des eidgenössischen Parlamentes in der Herbstsession den Zulassungsstopp für praktizierende Ärztinnen und Ärzte um drei Jahre verlängert. Bereits vorher beschloss der Vorstand der Berner Ärztegesellschaft, das von der VSAO-Geschäftsleitung angekündigte **Referendum** zu unterstützen. Der VSAO-Zentralvorstand **verzichtete** schliesslich knapp darauf, seine Ankündigung wahrzumachen. Dies u.a. weil er die Kräfte der Ärzteschaft bzw. der ganzen FMH darauf konzentrieren will, die geplante Einschränkung der freien Arztwahl (sog. «Vertragsfreiheit») zu bekämpfen.

Die Verlängerung des **Zulassungsstopps** wie auch die **Einschränkung der freien Arztwahl** führen dazu, dass die ärztliche Tätigkeit in der Praxisambulanz weiter an Attraktivität verliert und sich der abzeichnende Ärztemangel dort verschärft. Dies deswegen, weil sich letztlich beide Massnahmen gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte richten. Zudem ist zweifelhaft, ob diese Massnahmen den Anstieg der Kosten im Gesundheitssystem zu bremsen vermögen.

Mit verlängertem «Zulassungsstopp» und angekündigter «Vertragsfreiheit» steht die Ärzteschaft im politischen Rampenlicht: Wird die KVG-Salamitaktik des Bundesrates – *divide et impera* – aufgehen? Dies wird nicht zuletzt davon abhängen, wie sehr sich jeder einzelne von uns gegen die angekündigte Einschränkung der freien Arztwahl engagieren wird. Dazu aus einem Interview im «Bund» vom 28. September 2004. Feuz («Bund»-Redaktor): «Bei Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Ärzten und Krankenkassen besteht die Gefahr, dass der wirtschaftliche Druck die Ärzte dazu verleitet, teure Patienten nicht mehr zu behandeln.» Bundesrat Couchepin: «Weshalb sollten sie diese nicht mehr behandeln?» Feuz: «Weil Ärzte mit teuren Patienten Gefahr laufen, von den Kassen keinen Vertrag zu bekommen.»

Jürg Schlup, Präsident

Gesundheitspolitische Positionen des
Vorstands der BEKAG (Teil 4 – Schluss) 2

86 Rappen sind gerechtfertigt 3

«Es geht um die freie Arztwahl!» 4

Ärztedemographie im Kanton Bern 5

Klausurtagung BEKAG 2004 6

Irrungen und Wirrungen der Politik 8

Wer finanziert in Zukunft die Pflege? 10

MPA-Lohnempfehlungen 2005 10

Gesucht: Stv. Kreisärztin/Kreisarzt
für forensische Belange im
Gerichtskreis XII (Niedersimmental) 12

Aktuelle interne Mitteilungen finden Sie unter
www.berner-aerzte.ch, «Für Mitglieder»

Gesundheitspolitische Positionen des Vorstands der BEKAG (Teil 4 – Schluss)

In der April-, Juni- und September-Nummer von doc.be hat der Vorstand der BEKAG eigene Positionen zu Reformen im Gesundheitswesen und zur Ausgestaltung der Krankenversicherung formuliert. Im vierten und letzten Teil dieser Serie stellt er seine Überlegungen zur Universität und zur medizinischen Forschung vor.

Der Vorstand der BEKAG schliesst mit seinen Überlegungen zur Universität und zur medizinischen Forschung seine Präsentation gesundheitspolitischer Positionen ab. Diese Positionen werden vom Vorstand – wie er bereits in der April-Ausgabe von doc.be betont hat – ausdrücklich zur Diskussion gestellt. Die Überlegungen selbst basieren auf der Klausurtagung vom August 2003 sowie auf Leitsätzen, wie sie der VEDAG und das «Manifest der Westschweizer Ärzte» zusammen gestellt haben.

Universität

Die praxisnahe Ausbildung am Patienten ist an den medizinischen Fakultäten zu fördern und zu vertiefen. Es gilt, zwischen dieser Form von Ausbildung und dem

Vermitteln naturwissenschaftlicher Basiskenntnisse ein Gleichgewicht einzuhalten, welches sowohl die menschliche Komponente des Arztberufes als auch die wissenschaftliche Denkweise berücksichtigt.

Medizinische Forschung

Ohne Forschung gibt es keinen medizinischen Fortschritt. Dieser ist notwendig,

um nach neusten Erkenntnissen diagnostizieren, behandeln, heilen und betreuen zu können. Jede Forschungstätigkeit braucht einen grossen Freiraum, muss sich aber auch ihrer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst sein. Wir setzen uns deshalb für eine zukunftsorientierte Forschung zugunsten der Menschen und ihrer Leiden ein.

M. Tackenberg,
Redaktor doc.be



Die praxisnahe Ausbildung am Patienten ist an den medizinischen Fakultäten zu fördern und zu vertiefen

Die «Gesundheitspolitischen Positionen des Vorstands» können ab sofort integral unter www.berner-aerzte.ch eingesehen werden. Die Debatte über die Inhalte wird weiter gehen. Stellungnahmen seitens der Mitglieder sind erwünscht und werden – in Absprache mit der Autorin oder dem Autor – in doc.be veröffentlicht. Sie erreichen uns über die Redaktionsadresse oder per E-Mail (tackenberg@forumpr.ch)

Verletzung der Kostenneutralität

86 Rappen sind gerechtfertigt



K. Aeschlimann,
Leiter Ressort
Economics

Seit dem 1.9.04 arbeiten wir in unserem Kostenneutralitätsraum mit dem reduzierten Taxpunktswert von 86 Rappen. Die jüngsten Zahlen von santésuisse und newindex zeigen, dass diese Taxpunktswertsenkung gerechtfertigt war.

Die Kurve der kumulierten Abweichung Ist – Soll für unseren Kostenneutralitätsraum zeigt zwar eine leichte Abflachung, wir liegen aber nach wie vor 3% über dem Sollwert.

Dies bestätigt uns darin, mit unseren Aufrufen zur Überprüfung des Abrechnungsverhaltens nicht nachzulassen.

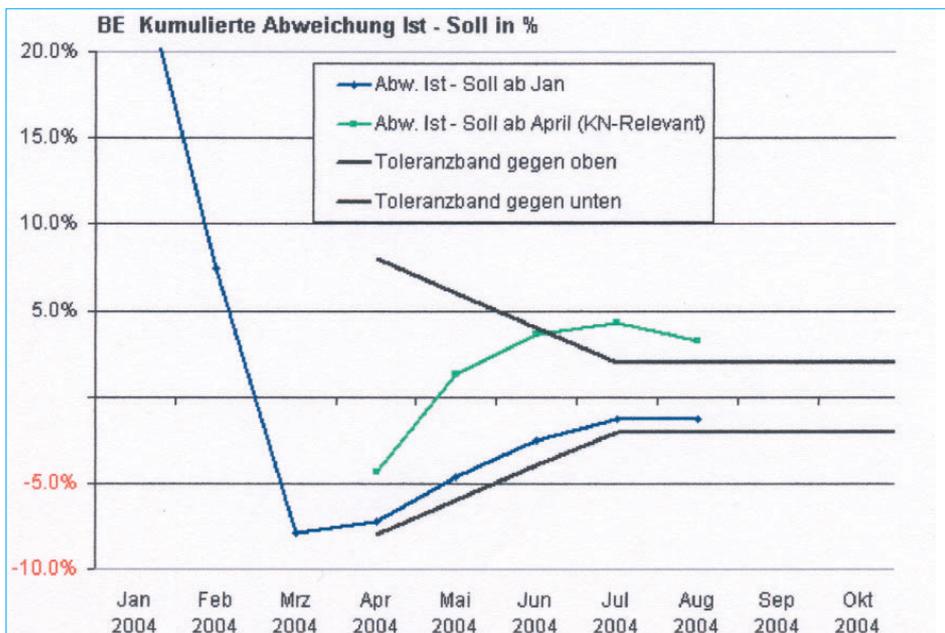
Der gemittelte Parameter Umsatz/Sitzung für alle Fachgruppen ist gegenüber 2001

um knapp 13% angestiegen. Bei einzelnen Fachgesellschaften stieg er gar um bis zu 25%. Die Gruppe Economics des Kantonalvorstandes wird mit diesen Fachgesellschaften Gespräche führen und versuchen, korrigierend einzugreifen.

Die genauere Analyse der Daten zeigt, dass wir Berner Ärztinnen und Ärzte bei der Verwendung der Positionen 00.0020, 00.0050, 00.0510 und 00.0520 an der Deutschschweizer Spitze liegen. Einschränkungen bei der Verwendung dieser Positionen haben ein Sparpotential von ca. 9%. Die Positionen 00.0140 und 02.0070 machen 6% des Kostenvolumens aus. Deshalb unsere Botschaft:

1. Sitzungsdauer abrunden
2. Positionen 00.0140 und 02.0070 einschränken
3. Berücksichtigen Sie, dass der Tarmed ein Zeittarif ist. Kontrollieren Sie deshalb die in Rechnung gestellte Arztzeit im Tagesprotokoll.
4. Bitte informieren und kontrollieren Sie Ihre abrechnende MPA.
5. Konsultieren Sie regelmässig Ihren Praxisspiegel (www.pontenova.ch).

Wenn es uns gelingt, auf dieser Grundlage diszipliniert weiter zu fahren, besteht berechtigte Hoffnung, dass wir den gegenwärtigen Taxpunktswert halten können.



TERMINE 2005

27. Januar
Präsidentenkonferenz,
nachmittags

3. März
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

31. März
Delegiertenversammlung,
nachmittags

12. Mai
erw. Präsidentenkonferenz,
nachmittags

2. Juni
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

16. Juni Delegiertenversammlung,
nachmittags

1. September
erw. Präsidentenkonferenz,
nachmittags

20. Oktober
Delegiertenversammlung,
nachmittags

24. November
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

ROKO

Frist für Einreichen des
RoKo-Fragebogens 2003:

31. Dezember 2004

«Es geht um die freie Arztwahl!»

Jacques de Haller, neu an der Spitze der FMH, nahm die Einladung der BEKAG an und diskutierte anlässlich der Präsidentenkonferenz vom 16. September 2004 in Schönbühl mit den Anwesenden über Gesundheitspolitik, ein allfälliges Referendum und über die Verbandspolitik der FMH.

Der neue FMH-Präsident skizzierte nur kurz einige Gedanken zur aktuellen Situation in der Gesundheitspolitik und suchte dann sofort den Austausch mit dem Publikum. Dabei übte er deutliche Kritik am bundesrätlichen KVG-Reformprojekt. Die geplante Aufhebung der freien Arztwahl bringe einen Machttransfer hin zu den Krankenkassen. «Will die Politik dies durchsetzen, dann müssen wir das Referendum ergreifen. Ohne Referendum würden wir diesen Machttransfer faktisch akzeptieren.» Er machte aber auch klar, dass diese Kraftprobe – wenn möglich – zu vermeiden ist. Ungeschickt wäre es, mit komplizierten Wortkonstruktionen wie Vertragszwang, Kontrahierungszwang oder Vertragsfreiheit in der Öffentlichkeit argumentieren zu wollen: «Den Leuten ist unmissverständlich zu sagen, dass es um die freie Arztwahl geht!»

Mit Yves Guisan, so berichtete de Haller weiter, habe sich innert kurzer Zeit eine optimale Zusammenarbeit ergeben. Guisan, welcher nicht zuletzt wegen seines Nationalratmandats bei der FMH-Präsidentenwahl von den Bernern unterstützt wurde, aber gegen de Haller unterlag, betreut nun im Zentralvorstand das KVG-Dossier.

Welche Chancen aber haben die FMH und ihr Präsident überhaupt, eine kohärente Politik umzusetzen und der FMH wieder mehr Gewicht in der politischen Debatte zu verschaffen? Das Problem der divergierenden Interessen innerhalb der Ärzteschaft wird einem regelmässig vor Augen geführt: Angestellte gegen Selbständig-erwerbende, Spezialisten gegen Generalisten, Spezialisten gegen andere Spezialisten.

doc.be stellte dem neuen FMH-Präsidenten einige Fragen zu diesen Themen.

Welches sind die wichtigsten Eckpunkte Ihrer Politik, was wollen Sie gesundheitspolitisch während Ihrer Präsidentschaft erreichen?

JdH: Gegen innen ist für mich zentral, den Zusammenhalt unter den verschiedenen Fachgesellschaften in der FMH zu stärken. Ich will verhindern, dass vorhandene Spaltungen noch virulenter werden. Gegen aussen will ich in der Gesundheitspolitik dazu beitragen, dass die Bevölkerung weiterhin den Zugang zu einer hochstehenden Medizin hat. Da gilt es Tendenzen abzuwehren, welche diesen Zugang limitieren wollen.

Wie wollen Sie den Zusammenhalt innerhalb der FMH fördern?

Zum einen ist festzuhalten, dass es in der Ärztekammer in den vergangenen Jahren tatsächlich zu einer Majorisierung einzelner Fachgesellschaften – ich denke zum Beispiel an die Spezialisten – gekommen ist. Das Gelingen der Strukturreform wird auch daran zu messen sein, ob die einzelnen Gruppen in der FMH angemessen repräsentiert sind. Ich habe hier auch keinen fertigen Vorschlag, aber man muss anerkennen, dass es sich um ein wichtiges Problem handelt, das eine rasche Lösung erfordert.

Der jüngste Vorschlag von Bundesrat Pascal Couchepin sieht vor, den Zulassungsstopp so lange zu verlängern, bis die Aufhebung des Kontrahierungszwangs erreicht ist. Welche Möglichkeiten – bis hin zu Kampfmassnahmen – sehen Sie für die FMH, um auf ein solches Ansinnen zu reagieren?

*Jacques de Haller, FMH-Präsident:
«Wir müssen glaubwürdig mit einem Referendum drohen.»*

Ich sehe drei Möglichkeiten. Erstens müssen wir glaubwürdig mit einem Referendum drohen. Dies wird nicht ohne Einfluss auf die politische Diskussion bleiben. Was die tatsächliche Durchführung eines Referendums anbelangt, kann ich, zweitens, hier noch keinen Entscheid der FMH vorwegnehmen. Für den Moment nur dies: Wenn die Jungärzte so nachteilig von der bundesrätlichen Politik betroffen sind, muss die FMH reagieren. Drittens könnte man mit Alternativen an die Öffentlichkeit treten. Nur ist der Zulassungsstopp an sich eine so blödsinnige politische Massnahme, dass es hier keinen Sinn macht, einen Alternativvorschlag zu formulieren. Auch Frau Dreifuss hat seinerzeit selbst gesagt, dieser Vorschlag sei schlicht «stupid». Genauso unsinnig ist nun das Vorgehen von Pascal Couchepin, mit Zulassungsstopp und Vertragszwang junge Ärztinnen und Ärzte gegen etablierte ausspielen zu wollen.

Was halten Sie grundsätzlich davon, dass Ärztinnen und Ärzte Budgetverantwortung übernehmen sollen?

Unsere Aufgabe ist es in erster Linie, Patientinnen und Patienten zu behandeln. Natürlich soll der Arzt auch auf die Kosten schauen, die er auslöst. Aber ein bestimmtes Budget zu verwalten, ist nicht die eigentliche ärztliche Kerntätigkeit.

Zum Schluss noch dies: wie beurteilen Sie die Chancen, dass ein allfälliger Referendumskampf gewonnen werden kann?

Wir haben gute Chancen!

Interview: Marco Tackenberg, Redaktor doc.be



Ärztedemographie im Kanton Bern



Dr. med.
Anton J. Seiler,
Kantonsarzt

Am 3. Juli 2002 trat die Verordnung zur Beschränkung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung in Kraft. Die Kantone waren für die Umsetzung nicht vorbereitet. Sie hatten sich bis zu diesem Datum nicht mit der ambulanten ärztlichen Versorgung zu befassen.

Im Anhang der Verordnung wurden Höchstzahlen für Leistungserbringer vorgegeben. Die verwendete Einteilung der Ärzte in verschiedene Fachrichtungen war arbiträr. Sie ist es heute noch. Sie entsprach und entspricht nicht den FMH-Weiterbildungstiteln. Die publizierten Höchstzahlen, angeblich auf Angaben der Santésuisse von Ende 2001 basierend, entsprechen nicht dem Versorgungsstand vom 3. Juli 2002. Auf Grund nicht zuletzt der bernischen Intervention und jener der Kantone der Romandie, konnten Versorgungszahlen bis im Oktober 2002 der zuständigen Bundesstelle bekannt gegeben werden. Dies führte bereits nach vier Monaten zu einer Revision der Anhänge der Verordnung.

Für den Kanton Bern wurden, nach Konsultation der Ärztesgesellschaft und der Fachgesellschaften des Kantons Bern, aufgrund der Versorgungslage von Mitte 2002 folgende Höchstzahlen für die Leistungserbringer festgelegt:

Allgemeinmedizin	678
Anästhesiologie	38
Chirurgie	139
Dermatologie/Venerologie	39
Geburtshilfe/Gynäkologie	138
Allgemeine Innere Medizin	369
IM: Endokrinologie	9
IM: Lungenkrankheiten	25
IM: Herzkrankheiten	52

IM: Hämatologie	27
IM: Gastroenterologie	27
Neurochirurgie	11
Neurologie	17
Psychiatrie/Psychotherapie	298
Kinder- und Jugendpsychiatrie	78
Orthopädische Chirurgie	65
ORL	47
Pädiatrie	82
Radiologie/Nuklearmedizin	25
Tropenkrankheiten	7
Urologie	21
Physikal. Med./Rheumatologie	51

Mit der Umsetzung der Bestimmungen des Zulassungsstopps ergab sich das Bedürfnis nach statistischen Grundlagen für das Erstellen einer Ärztedemographie. Im Einvernehmen mit der Kantonalen Ärztesgesellschaft begannen ab Herbst 2002 die auf Langfristigkeit angelegten Datenerhebungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung. Entsprechende, nach Fachrichtungen aufgeteilte Übersichten auf Stufe Gemeinde und Amtsbezirk liegen vor. Sie dienen bereits heute für die Entscheidfindung beim Erlass neuer Verfügungen betreffend die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (und damit zur Erteilung der Zahlstellenregisternummer ZSR der Santésuisse) und der Zulassung im Rahmen der Bestimmungen der kantonalen Zulassungsverordnung (ZULAV), insbesondere in jenen Fällen, da Ausnahmeregelungen erforderlich sind.

Seit dem 04. Juli 2002 bis zum 14. Oktober 2004 gingen im Kantonsarztamt 158 Gesuche für eine Berufsausübungsbewilligung (BAB) für ärztliche Tätigkeit ein, davon wurden 3 abgelehnt. Von den 155 erteilten BABs entfielen 107 auf Gesuchsteller mit Schweizerdiplom, 48 mit Diplomen aus dem EU-Raum.

Insgesamt wurden 67 Verfügungen für die Erteilung einer ordentlichen Zahlstellenregisternummer (ZSR) erlassen: 47 für CH-Bewerber, 20 für EU-Bewerber, sowie 26 Verfügungen für a.o. ZSR: 23 für CH-Bewerber und 3 für EU-Bewerber. Die BAB-Erteilungen ohne ZSR verteilen sich auf 60 CH-Bewerber und 25 EU-Bewerber. Nachdem auf Bundesebene im September 2004 der Zulassungsstopp ab Juli 2005 um weitere drei Jahre verlängert wurde, ist für die Koordination in der Umsetzung das Gespräch unter den Betroffenen erforderlich. Der Kantonsarzt hat am 5. Oktober 2004 dem Präsidenten und

Plakataktion VSAO Bern 2004

Der VSAO-Bern, der bereits im letzten Jahr mit seiner Plakataktion zum Thema Ärztemangel Aufmerksamkeit erregt hat, spricht dieses Jahr die Themen Kontrahierungszwang und freie Arztwahl an. Die BEKAG unterstützt diese Aktion und bittet Sie, die Plakate gut sichtbar für Ihre Patientinnen und Patienten aufzuhängen.

dem Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern den Vorschlag unterbreitet, zusammen mit dem VSAO periodische Koordinationsgespräche (vier Mal im Jahr) durchzuführen.

Die Datenerhebung für die Erstellung der Ärztedemographie im Kanton Bern wird weiter flussend und langfristig erfolgen. Für die ausgezeichnete Zusammenarbeit in den vergangenen zweieinhalb Jahren «unter dem Zulassungsstopp» gebührt allen Ärztinnen und Ärzten im Kanton Bern der beste Dank.

Mitgliederversammlungen der Bezirksvereine

- 23. März 2005
- 22. Juni 2005
- 24. November 2005

Die Kolleginnen und Kollegen an den Institutionen (wie Inselspital, Bezirks- und Regionalspitäler, Fortbildungs- sowie Qualitätszirkel) werden gebeten, diese Tage frei zu halten.

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern / erscheint 6 x jährlich.
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Redaktor: Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, 3000 Bern 8. Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82;
E-Mail: tackenberg@forumpr.ch
Inserate: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern. Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;
E-Mail: pwolf@hin.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe Oktober 2004

Klausurtagung BEKAG 2004



An der Klausurtagung vom 26. August 2004 entwickelte der Vorstand der BEKAG alternative Vorstellungen zur bundesrätlichen KVG-Revision.

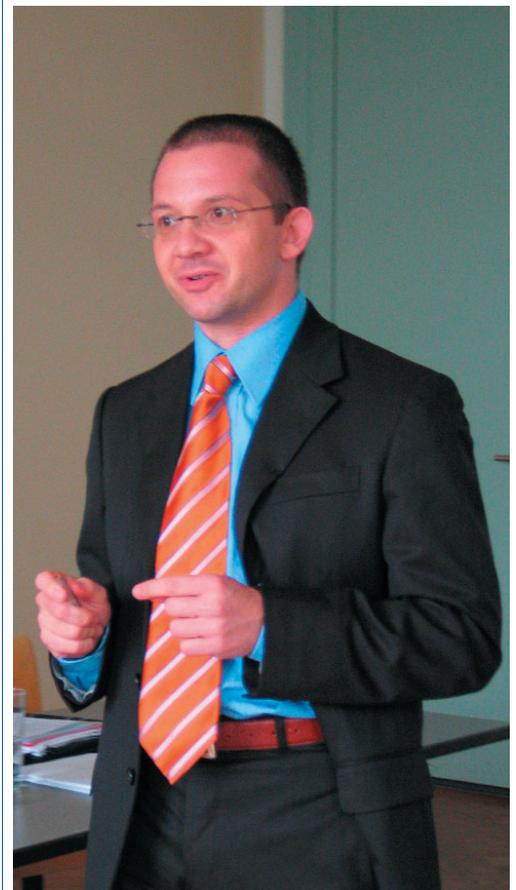
Ging es an der Klausurtagung vor einem Jahr noch darum, eigene gesundheitspolitische Positionen zu erarbeiten (siehe Seite 2), so stand dieses Jahr die aktuelle KVG-Revision auf dem Programm. Auf Vorgabe des Präsidenten, Jürg Schlup, bildeten die Teilnehmenden bereits im Vorfeld der Klausurtagung Arbeitsgruppen, welche sich den Themen Kontrahierungszwang, Managed Care, Spitalfinanzierung und Kostenbeteiligung der Patienten annahmen.

*Patrick Feuz, Redaktor «Der Bund»,
Yves Guisan, Nationalrat FDP,
Jürg Schlup, Präsident BEKAG und
Christa Markwalder, Nationalrätin FDP*

«Vertragsfreiheit»

Die Abschaffung des Kontrahierungszwangs, wie in der KVG-Revision vorgesehen, wurde von den Anwesenden abgelehnt. Dass durch die angestrebte Reduktion der Zahl von Leistungserbringern eine Kosteneinsparung resultieren soll, konnte bis heute nirgends belegt werden. Die demografische Entwicklung, die in der Ärzteschaft parallel zur Gesamtbevölkerung verläuft, wird dafür sorgen, dass in den nächsten zehn Jahren eine massive Abnahme der Praxistätigen bis hin zu einem (schon heute an den Spitälern bestehenden) Ärztemangel eintreten wird.

Als sinnvoller wurde erachtet, den Beitritt zum Vertrag an Auflagen zu binden. Dazu könnten etwa die Teilnahme am Notfalldienst und die Beherrschung einer Landessprache zählen. Ein Ausschluss aus dem Vertrag müsste leichter möglich sein als heute und auf klaren Guidelines beruhen, die von den Fachgesellschaften auszuarbeiten wären.



*Peter Studer,
Präsident VSAO*

Die «Vertragsfreiheit», so wird behauptet, bringe Wettbewerb. Dabei wird übersehen, dass von den rund 80 noch bestehenden Krankenkassen deren 8 etwa 80 Prozent der Bevölkerung versichern. Diesen acht Kassen stehen 15'000 Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit gegenüber. Die «Vertragsfreiheit» bringt also nicht Wettbewerb, sondern sie schafft eine oligopolistische Situation, in der die Leistungserbringer völlig wehrlos sind, solange das Versicherungsobligatorium dafür sorgt, dass sie ausserhalb des Systems praktisch einem Berufsverbot unterliegen. Der Kontrahierungszwang ist faktisch mit dem Versicherungsobligatorium verbunden. Wer «Vertragsfreiheit» einführen will, müsste konsequenterweise das Versicherungsobligatorium abschaffen.

Managed Care

Weder in der Schweiz noch sonst wo in einem industrialisierten Land hat sich bis heute ein System von Managed Care ausbilden können, das wirklich erfolgreich wäre – und das trotz mindestens dreissigjähriger Versuche. Probleme stellen sich regelmässig bei der Risikoselektion und einer drohenden medizinischen Unterversorgung ein.

Modelle mit Budgetverantwortung für die Leistungserbringer wurden von den Teilnehmenden an der Klausurtagung klar abgelehnt. Wirtschaftliche Überlegungen zur medizinischen Behandlung können in krassem Gegensatz zu den Interessen des Patienten stehen. Es ist Aufgabe des Versicherers, seinem Versicherten im Rahmen des Vertrages darzulegen, wo die Grenzen der Kostenübernahme sind. Aufgabe des Arztes ist es, eine optimale medizinische Versorgung zu erbringen. Allfällige Einschränkungen haben nicht im Ermessen des Arztes zu liegen, sondern sind im Versicherungsvertrag zu definieren.

Wollte man Lösungen in Richtung Managed Care suchen, so scheint einzig ein Gatekeeping-System denkbar. Um eine Risikoselektion auszuschliessen, müsste dieses System als in der Grundversicherung obligatorisch definiert werden. Schwierigkeiten in der politischen Durchsetzung des Obligatoriums ändern nichts daran, dass freiwillige Systeme unwirksam sind. Als Gatekeeper müssten nicht nur die Grundversorger (Allgemeinmediziner, Internisten, Kinderärzte, Gynäkologen) fungieren können, sondern auch Spezialisten, sofern sie bei einem Patienten auch die Grundversorgerfunktion wahrnehmen.

Spitalfinanzierung

Das in der KVG-Revision vorgeschlagene dual-fixe System (45% der Kosten getragen durch die Krankenkassen, 55% durch die Kantone) wird weiterhin zu Kompetenzproblemen führen. Vorzuziehen, so die entsprechende Arbeitsgruppe auf dem Gurten, wäre deshalb das monetarische System.

Kostenbeteiligung des Patienten

Einer Erhöhung des Selbstbehalts auf 20 Prozent wird zugestimmt. Die Franchise sollte auf Fr. 300.– pro Jahr belassen werden. Die Bestimmung, wonach der Bundesrat in eigener Kompetenz die Kostenbeteiligung für gewisse Leistungen (z.B. präventiver Natur) tiefer ansetzen kann, ist präziser zu fassen. Die Prämienbefreiung für Kinder wird grundsätzlich unterstützt – nicht zuletzt wegen des geringen administrativen Aufwands für diese Entlastung der Familien. Näher zu studieren ist, ob diese Prämienbefreiung zusätzlich zur bestehenden Prämienverbilligung gewährt werden oder diese ersetzen soll.

Peter Jäger, Marco Tackenberg, PID



Ärzterschaft, Medien
und Politik im Dialog



Irrungen und Wirrungen der Politik

Oder: wie man ein klassisches Eigentor schießt und dabei dem Gegner die Schuld zuweist



T. Heuberger

Der Grosse Rat des Kantons Bern hat die Gesetzesberatung über das neue Spitalversorgungsgesetz (SpVG) nach langen Vorbereitungen der Kommission, verschiedenen Mitwirkungsverfahren und Vernehmlassungen in zwei intensiven, teilweise hektischen und kontroversen Debatten abgeschlossen. Das neue Spitalversorgungsgesetz wurde mit einer eindrücklichen Mehrheit von 107 zu 13 bei 16 Enthaltungen angenommen und verabschiedet.

So weit so gut: Der Kanton Bern erhält damit eine neue gesetzliche Grundlage für sein Spitalwesen, die es ihm erlaubt, den öffentlichen Spitälern einen gewissen unternehmerischen Freiraum zuzugestehen. Diese können nun – im Rahmen eines Leistungsauftrags – quasi privatwirtschaftlich agieren und so effizienter, kundennäher und vielleicht auch weniger defizitär arbeiten.

Auch Privatspitäler können nun vom Kanton Leistungsaufträge für die Grundversorgung oder für einzelne Sektoren und Spezialgebiete der Gesundheitsversorgung erhalten. Damit können die Privaten (die heute schon einen hohen Anteil der Gesundheitsversorgung sicherstellen) weiterhin ohne Nachteil auf diesem Gebiet tätig sein. Gleichzeitig geraten die öffentlichen Spitäler in Bezug auf den medizinischen Fortschritt nicht ins Hintertreffen sondern bleiben konkurrenzfähig. In diesem Punkt spielt die Regelung der Abgaben für Chefärzteeinkommen eine wichtige Rolle, die im Sinne der KAG und viel vorteilhafter als in den meisten anderen Kantonen festgelegt wurde: Nur die nachweisbaren Infrastrukturkosten sind dem Spitalträger abzuliefern – ohne Sondersteuer auf sehr hohe Einkünfte, wie

dies zu Beginn der Beratungen vorgesehen war.

Man kann sich darüber streiten (und es wurde auch gestritten!), ob der Kanton die Mehrheit der Spital-AGs halten müsse, in welcher Stärke er im Verwaltungsrat repräsentiert sein soll, ob nur verwaltungsfremde Kantonsvertreter die Geschäftspolitik der Spitäler mitbestimmen dürfen und ob der Grosse Rat oder die Regierung die RSZ (Regionale Spitalzentren) definieren sollte. Im Endeffekt resultierte aber eine Lösung, mit der man leben und mit der man arbeiten kann und die endlich für die Grossbaustelle Spitalwesen des Kantons Bern Ruhe bringt und wieder zukunftsgerichtet arbeiten lässt, ... wenn nicht ... !!

So weit so gut? eben nicht: Von den Personalverbänden, den Gewerkschaften (und dem VSAO) wurde das Referendum mit konstruktivem Volksvorschlag ergriffen! Zwei Angriffspunkte stehen zur Debatte und dies bringt Verzögerungen mit sich, die die Grossbaustelle wieder eröffnen, den Prozess des Umbaus zum Stottern oder gar zum Stocken (eventuell zum Stillstand? ... zum Scheitern? ...) bringen und Geld kosten.

Worum ging es letztlich? Die Personalverbände wollten den bestehenden arbeitsrechtlichen Schutz des Personals nicht lockern, um dieses nicht ungesichert dem rauhen Wind des privaten Unternehmertums auszusetzen. Wobei – es sei am Rande bemerkt – nicht eine echte Privatisierung der Spitäler angestrebt wird, sondern nur die Möglichkeit zum privatwirtschaftlichen Denken und Agieren eröffnet wird. Der Kanton bleibt immer noch mit der Mehrheit des Aktienkapitals involviert.

Es ist verständlich, dass die Personalverbände und der VSAO sich hier wehren und versuchen, die Gefahr eines Lohndumpings und einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen im sensiblen Sektor des Spitalwesens abzuwenden. Es sollte erreicht werden, dass die Anstellungsbedingungen in den RSZ entweder mit einem GAV (Gesamtarbeitsvertrag) fixiert würden, oder doch wenigstens den Bedingungen eines GAV entsprechen sollten. Bei Uneinigkeit in diesem Punkt sollte die Regierung (immerhin Mehrheitsaktionär der RSZ) die Mindestanforderungen festlegen.

Die bürgerliche Mehrheit unter Führung der FDP wollte im letzteren Falle aber

eben nicht die Regierung bestimmen lassen, sondern nur die «orts- und branchenüblichen Anstellungsbedingungen» als Möglichkeit im vertragslosen Zustand sehen. Und hieraus wurde ein unverrückbares Dogma, ein Casus Belli gemacht: das ist schade, das war falsch! Diese Immobilität provozierte das Referendum! Wäre die bürgerliche Mehrheit auf den Kompromissvorschlag der Personalverbände eingegangen, hätte sich die Spitallandschaft de facto kaum verändert – die Meinungen der Parteien lagen nur wenig auseinander. Aber es hat nicht sollen sein. Die Forderungen der Personalverbände waren für mich nachvollziehbar. Sie hätten einen gewissen Schutz des Personals gebracht aber wenig geändert und das Referendum verhindert. Die Personalverbände haben in all den Verhandlungen um das SpVG bereits derart viele Zugeständnisse machen müssen, dass das Beharren auf dem letzten Punkt verständlich ist. Es ist dies für das Personal auch ein zentrales Anliegen!

Man mag dem Berichterstatter vorwerfen, er argumentiere zu sehr für den Standpunkt der Personalverbände. Das kann man glauben, wenn man will; aber es ist falsch!

Das Gegenteil ist richtig. Eine Verzögerung des SpVG kann sich der Kanton eigentlich gar nicht leisten, es entsteht ein grosser Reformstau, der sich kaum beizufahren lässt und den ausgerechnet die bürgerliche Seite mit Druck auf den Terminplan vermeiden wollte. Das Referendum kostet den Kanton (und die Parteien!) Geld, bindet Kräfte und Zeit für den Abstimmungskampf. Eine Annahme des Referendums würde das Spiel wieder auf Feld eins zurückfallen lassen! Mit ein bisschen Entgegenkommen wäre das Referendum vermeidbar gewesen. Vielleicht hätte dies das Ego gewisser Exponenten etwas angekratzt, hätte materiell aber kaum Auswirkungen gezeitigt. Und ganz nebenbei: Der VSAO ist auch unser Partner, dessen Argumente uns nicht gleichgültig sein dürfen.

Aber eben: Politik läuft nicht immer nach logischen Grundsätzen oder vernünftigen Überlegungen ab, sondern folgt eigenen Gesetzen.

Die Ärztesellschaft allerdings wird das Referendum nicht unterstützen, da die Neuorganisation der Spitäler in (semi-)privaten AGs auch angegriffen wird, und dieser wichtige Punkt im Gesetz wurde von uns befürwortet und eine Annahme des Referendums würde das Projekt um 1 bis 2 Jahre hinausschieben.

Leserbrief

Nicht lesen, gibt zu Denken und auch Kopfschmerzen: Tarmed

Geehrte Kollegen/innen

Ich gratuliere: Sie machen genau das, was die Politiker und die Krankenkassen von Ihnen erwarten. Sie bekämpfen sich gegenseitig: Die Grundversorger (der Tarmed verbessert ja die Situation der Grundversorger) gegen die Spezialisten (wenn schon untergehen, dann mit vollen Taschen) und jeder verrechnet, was er leistet und noch etwas mehr. Der Umsatz steigt, Freude herrscht.

Und nun welcher Frust. Die Kostenneutralität. Absenkung der TP-Wertes. Wie gewonnen, so zerronnen ...

Das muss wieder eingeholt werden, also noch etwas mehr verrechnen. Und der TP-Wert geht wieder runter, usw. Bei jeder Absenkung gibt es eine Pressekonferenz der Santésuisse mit immer der gleichen Message: Ärzte sind masslos. Herrn Couchepin freuts, es giesst Öl ins Feuer der KVG-Revision. Und die Ärzte liefern wunderbare Grundlagen zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs und der Wirtschaftlichkeitsanalyse der Behandlung.

Zukunft: Der TP-Wert hat sich so etwa bei 50–60 Rappen eingeppegelt. Dieser wird im Kanton Bern nun nur durch Verhandlungen verändert, wenn sich der Landesindex für Konsumentenpreise um 5 Punkte nach oben verschiebt.

Unsere Arbeit wird nun schlecht entschädigt. Wer eine Praxis mit wenigen Patienten hat, dem fressen die Infrastrukturkosten den Verdienst weg; wer zuviel verrechnet, ist unwirtschaftlich und kann nicht zu Kosten der Krankenkasse arbeiten: folglich Konkurs. Auch für Kollegen auf dem Land, welche schon heute nur überleben können, weil sie selbst dispensieren, wirds eng. Vielleicht wäre es sinnvoller, sich schon jetzt nach einem geeigneten Standort für ein regionales Ärztehaus umzuschauen. So lassen sich Infrastrukturkosten reduzieren. Den Spezialisten wirds auch nicht besser gehen.

Den Patienten werden wir erklären müssen, dass wir Ärzte es eigentlich in der Hand gehabt hätten, sie in der eigenen Praxis und nicht im Gesundheitszentrum weiter zu behandeln, da die Kostenneu-

tralität (Globalbudget) nur vom 1.4.04 bis zum 31.3.05 gedauert hätte.

Auch den Kollegen des VSOA wird die Situation Kopfschmerzen bereiten, weil es bei dieser Entschädigung kaum mehr möglich sein wird, eine Praxis zu eröffnen oder zu übernehmen und schon gar nicht die Infrastruktur zu erneuern. Subventionierte Ambulatorien und Notfallstationen werden aufrüsten müssen. Aber auch dort wird mit Verzögerung, wahrscheinlich um so heftiger, das TP-Wert Beil fallen.

Es liegt im Wesen des Tarmed, dass es zu einer Umverteilung führen sollte. Arbeiten der gleichen Dignität werden in allen Fachrichtungen gleich entschädigt.

Ein Kontrolle mit den Umsatzzahlen von 2001 können für einen durchschnittlichen Arzt gemäss Krankenkassenstatistik (Index 100) hilfreich sein. Kollegen mit einem Index <120 werden diesen Umsatz nur mit Mühe erreichen und können noch etwas zusätzlich verrechnen. Kollegen mit einem Index von 80 verdienen besser bei der gleichen Leistung, können aber das Geleistete nicht verrechnen, weil sie so über den Kosten 2001 liegen.

Und es gibt ja noch unser Trustcenter Pontenova. Dort kann man sich mit den Fachkollegen vergleichen und hat einen Anhaltspunkt, ob man im Tarmed zuviel verrechnet oder sich im Durchschnitt der Kol-

legen (systembedingte Verschiebung) befindet. Wenn die Praxis mal leer steht gibt es immer noch kein Geld.

Als Mass der Dinge muss die Übereinstimmung der Arbeitszeit am Patienten mit der verrechneten Zeit gemäss Tarmed sein.

Nur ist leider diese Regel nicht absolut, da technische und ärztliche Leistungen durch flinkere Kollegen schneller erledigt oder auch teilweise an das Praxispersonal delegiert werden können.

Wollen wir den Absturz des TP-Wert aufhalten, müssen wir uns zusammenraffen, und zwar alle. Halten sie sich an die Empfehlungen der BEKAG und ihres Fachpräsidenten. Sollten wir zuviel reduzieren wird der TP-Wert steigen (siehe Kanton Tessin) und auch höher bleiben. Denn sollten wir nach Ablauf der Kostenneutralität den Geldsack nicht geleert haben, haben wir den Rest zu Gute.

Fazit: Wir sitzen alle im gleichen Boot. Überwinden Sie Ihr Misstrauen gegenüber Ihren Kollegen, vor allem Fairness ist gefragt.

Marcel Stampfli
Präsident Bezirksverein Biel Seeland

Ein Pro Memoria von PonteNova

Von H.W. Leibundgut, VR-Präsident

Aller Anfang ist schwer, auch der elektronische Datenaustausch muss gelernt werden. Aufgrund unserer Erfahrungen weisen wir erneut auf folgende Fehlermöglichkeiten hin:

- Senden Sie die elektronische Kopie SOFORT nach dem Versand der Papierrechnung an das TrustCenter – sonst kann Visana die eKopie nicht abholen.
- Kontrollieren Sie den «Token» (ESR-Zeile) auf der Papierrechnung: Die ersten beiden Zahlen müssen eine 55 sein (nicht 01 oder 75) – sonst kann Visana die eKopie nicht abholen.
- Sie dürfen nur einen «Token» aufdrucken, wenn Sie Kundin bzw. Kunde bei PonteNova sind – sonst will Visana eine eKopie abholen, die es gar nicht gibt.

So sieht ein korrekter Token auf der Papierrechnung aus (Beispiel)

5500000370805>016191410053003330311608577+ 010370058>

MPA-Lohnempfehlungen 2005

Basislohn

Fr. 3500.– x 13 bei einer Wochenarbeitszeit von 43 Stunden und 4 Wochen Ferien.

Dienstalterszulage

Fr. 150.– pro Monat Erhöhung (je Dienstjahr) für die dem ersten folgenden Dienstjahre. Die Dienstalterszulage soll ein Thema des jährlichen Qualifikationsgespräches bilden.

Teuerungsausgleich

Die Jahreststeuerung per Ende September beträgt 0,9% Der Teuerungsausgleich soll, wenn vertraglich vereinbart, gewährt werden.

Funktionszulage

Es wird empfohlen, Medizinischen Praxisassistentinnen mit abgeschlossenem Lehrmeisterkurs und Ausbildungsfunktion in der Praxis eine Funktionszulage auszurichten.

Lehrlingslöhne

1 Lehrjahr: Fr. 250.–; 2. Lehrjahr Fr. 800.–; 3. Lehrjahr Fr. 1200.–. Ein 13. Monatslohn wird ausgerichtet.

Wer finanziert in Zukunft die Pflege?



Peter Jäger, PID

Bei der Schaffung des heute geltenden Krankenversicherungsgesetzes wurde versprochen, es würden damit auch die Pflegeleistungen mit einbezogen. Seit-her hat das Bundesgericht präzisiert, es müsse auf Grund des Gesetzestextes unterschieden werden zwischen der medizinischen Pflege, die zu Lasten der Krankenversicherung geht, einerseits und der nichtmedizinischen Pflege andererseits, die vom betroffenen Patienten zu finanzieren ist. Die unter finanziellen, vor allem aber unter politischen Druck geratenen Krankenversicherer versuchen heute mit allen Mitteln, sich vor der Finanzierung der Pflege zu drücken.

Derzeit befinden sich zwei Varianten einer Neuordnung der Pflegefinanzierung in Vernehmlassung. Der angestrebten Revision liegt ganz eindeutig die Angst vor weiteren Kostensteigerungen in der Krankenversicherung zu Grunde. Es geht also in erster Linie um eine Umverteilung der Kosten. Dabei ist schon an dieser Stelle festzuhalten, dass man die fatale Idee einer Pflegekostenversicherung, die nur von den älteren Menschen – also ab z.B. Alter 50 – zu finanzieren wäre, auf Stufe Verwaltung hat fallenlassen. Es wird sich weisen müssen, ob das Parlament diese Weisheit auch aufbringt.

Der Vernehmlassungsbericht hält einleitend einige bemerkenswerte Überlegungen fest, die hier im Wortlaut zitiert seien: «Die Gesellschaft wird nicht älter, sie bleibt länger jung. Die Menschen werden nämlich nicht nur älter, sie sind auch länger körperlich und geistig gesund. Die Situation und das Befinden älterer Menschen haben sich in den letzten Jahrzehnten laufend verbessert. Der frühere «Ruhestand» wird zunehmend zur ausgedehnten Lebensphase, die in hohem Mass gestaltbar ist und neue Lebenschancen bietet. Die Statistik bestätigt diese Tendenz. Zwischen 1981/82 und 1997/99 erhöhten sich die behinderungsfreien Lebensjahre bei Frauen um gut fünf Jahre, die Lebensjahre mit Behinderung gingen um zwei Jahre zurück. Bei den Männern erhöhten sich die behinderungsfreien

Jahre in der gleichen Periode um mehr als vier Jahre, die behinderten Lebensjahre reduzierten sich um ein halbes Jahr. Für die Entwicklung des Pflegebedarfs ist diese Erkenntnis wichtig: Wenn ältere Menschen später hilfs- und pflegebedürftig werden, erhöht sich der Pflegebedarf langsamer, als dies aufgrund der demographischen Fortschreibung zu erwarten wäre.»

Ferner weist der Bericht auf gesellschaftliche Änderungen hin, die gebührend berücksichtigt werden müssen:

«(Das) Zusammenspiel von formeller und informeller Hilfe wird gegenwärtig durch zwei Entwicklungen nachhaltig beeinflusst, die sich bereits seit einiger Zeit abzeichnen: Zum einen durch die demografische Entwicklung, die durch eine längere Lebenserwartung und sinkende Geburtenraten geprägt ist, und die – mag auch das genaue Ausmass umstritten sein – annehmen lässt, dass mit dem Anteil älterer und betagter auch der Anteil pflegebedürftiger Menschen in der Gesellschaft steigen wird; diese Entwicklung gewinnt dadurch an Bedeutung, dass gleichzeitig mit den geringeren Kinderzahlen auch das Potential an informell pflegenden Personen schrumpfen wird. Zum anderen wirkt sich zunehmend ebenfalls der Wandel der Sozialstrukturen aus, in dem der Anteil der Einpersonnen- und Kleinfamilienhaushalte, aber auch der Anteil der erwerbstätigen Frauen steigt, womit die informelle Hilfe tendenziell ab- und der Bedarf an institutioneller Pflege zunimmt.»

Fruchtlose Klimmzüge

Wohl mit Recht wird im Bericht festgehalten, dass die heutige Differenzierung in medizinische und nicht medizinische bzw. krankheitsbedingte und altersbedingte Pflege oder Hilfeleistung in der Praxis kaum durchgehalten werden kann. Deshalb werden zwei Varianten vorgeschlagen, die bei genauerer Betrachtung aber ebenfalls ihre Tücken haben:

Modell A: Komplexe oder einfache Pflegesituation?

Eine Komplexe Pflegesituation besteht dann, wenn ein medizinischer Behandlungshintergrund gegeben ist und die Grundpflege durch qualifizierte Pflegepersonen ausgeführt oder überwacht werden muss; dies würde dem Begriff der schweren Hilflosigkeit gemäss AHV/IV entsprechen. Die Kosten sowohl der Grund- als auch der Behandlungspflege würde in diesen Fällen durch die Krankenversicherung übernommen. Die AHV-Hilflosenentschädigung für mittelschwere und schwere Hilflosigkeit im Heim würde im Gegenzug gestrichen. Bei einfachen Pflegesituationen würden keinerlei Entschädigungen mehr ausgerichtet, mit Ausnahme einer Hilflosenentschädigung bei Fällen leichter Hilflosigkeit und Pflege zu Hause. Das ganze Finanzierungsmodell A käme nur für Personen im AHV-Rentenalter zur Anwendung.

Modell B: Akutpflege oder Langzeitpflege?

Modell B versucht, nach Pflegedauer und der damit verbundenen Zielsetzung zu differenzieren: Die Akutpflege geht von einem plötzlichen und in der Regel vor-

übergehenden Verlust der Autonomie aus und sollte z.B. 90 Tage nicht überschreiten. Diese Akutpflege wäre vollumfänglich von der Krankenversicherung zu übernehmen. In denjenigen Fällen, in denen eine Langzeitpflege nötig ist, geht man von einer irreversiblen Situation und damit von einem lebenslänglichen Pflegebedarf aus. Die Kosten gingen in diesen Fällen zu Lasten der Betroffenen, der Krankenversicherung und der öffentlichen Hand (Ergänzungsleistungen).

Die ganzen geistigen Klimmzüge laufen darauf heraus, dass die Krankenversicherung um rund 63 Millionen, die Hilflosenentschädigung AHV um 160 und die privaten Haushalte um 12 Millionen Franken pro Jahr entlastet würden – dafür würden neu die Ergänzungsleistungen der AHV mit 236 Millionen zur Kasse gebeten.

Zurück an den Absender!

Der grosse Geldsack der öffentlichen Hand hat Tausende von Taschen. Diese Vielfalt ändert nichts an der Tatsache, dass alle diese Taschen von uns Steuerzahlern gefüllt werden und dass alles ausgegebene Geld, aus welchem Fältchen es auch geklaubt werde, unser Geld ist. Man verschone uns deshalb vor einer grossspurigen «Neuordnung der Pflegefinanzierung», die allein darin besteht, untaugliche Definitionen durch noch untauglichere zu ersetzen und 15 Prozent der Kosten von einem Täschchen ins andere umzufüllen.

Als seltsame Art von Mimikri ist auch der Umstand zu bezeichnen, dass die Vorlage

völlig einseitig auf die Problematik der altersbedingten Pflege ausgerichtet ist. Nirgends findet sich z.B. ein Hinweis darauf, wie hoch die Aufwendungen für die oftmals jahrzehntelange Betreuung von Geburtsgeschädigten oder Unfallopfern sind.

Die finanzielle Absicherung der Pflege ist ein äusserst heikles Unterfangen. Zum einen soll solidarisch finanziert werden, was im Einzelfall nötig ist. Zum andern soll kein Anreiz zur «Sozialisierung» der Pflegekosten geschaffen werden – mit anderen Worten: Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen sind in angemessenem Ausmass zur Finanzierung beizuziehen.

Unter dem Titel «Ungenügendes Leistungsniveau bei einer altersbedingten Pflegebedürftigkeit» liefert der hier kritisierte Bericht selbst einen wesentlichen Ansatzpunkt, wie das Problem vernünftigerweise anzugehen wäre: «Die Tatsache, dass Pflegebedürftigkeit kein eigenständiges sozialversicherungsrechtlich geregeltes Risiko darstellt, sondern über die kausal orientierten primären Sozialversicherungen mitgeregelt wird, führt dazu, dass die Leistungen bei einer alters-, krankheits- oder unfallbedingten Pflegebedürftigkeit grundsätzlich unterschiedlich ausfallen. Bei der Analyse der einzelnen Leistungsordnungen fällt auf, dass das Leistungsniveau gerade bei einer altersbedingten Pflegebedürftigkeit de lege lata als eher tief bezeichnet werden muss:

- Die AHV kennt keine Hilflosenentschädigung bei einem leichten Hilflosigkeitsgrad.
- Das finale Korrektiv der Ergänzungsleistungen ist mehrfach begrenzt, was insbesondere bei schwer pflegebedürftigen Personen wegen der grossen finanziellen Last zu einem erhöhten Sozialhilferisiko führt. Hier gilt es insbesondere die EL-Begrenzung bei Heimbewohner und -bewohnerinnen zu erwähnen: Gemäss Art. 3a Abs. 3 ELG darf die jährliche Ergänzungsleistung für Personen, die dauernd oder für längere Zeit in einem Heim oder Spital leben, nicht mehr als 175 Prozent des Höchstbetrages für den Lebensbedarf von Alleinstehenden nach Art. 3b Abs. 1 Bst. a ELG betragen (Fr. 30'275/Jahr oder Fr. 2525/Monat)».

Pflegekosten für die Jahre 2020 und 2040

	2000–2020	2000–2040
Kosten im Jahr 2000	16 084	16 084
Mehrkosten durch Demografie	11 902	14 651
Mehrkosten nicht Demografie	13 154	17 981
Gesamtkosten Pflege	11 141	18 716
Zunahme in Prozent	83%	208%

Gesucht: Stv. Kreisärztin/Kreisarzt für forensische Belange im Gerichtskreis XII (Niedersimmental)

Wegen Rücktritt einer der beiden Kreisärzte im Niedersimmental wird auf den 1.10.04 oder nach Vereinbarung eine Nachfolgerin oder ein Nachfolger gesucht.

Der Unterzeichnete, seit 1999 Kreisarzt in Thun, möchte eine Kollegin oder einen Kollegen aus der ärztlichen Praxis zu dieser nebenamtlichen Tätigkeit ermutigen.

Vor fünf Jahren wurden im Kanton Bern – in Anlehnung an die Bezirksärzte in anderen Kantonen – Kreisärzte eingeführt. Heute sind in den 12 Gerichtskreisen 22 Kollegen tätig. Im Unterschied zu den Bezirksärzten obliegen den Kreisärzten ausschliesslich forensische Aufgaben. Man kann uns daher als «Aussenposten» des IRM (Institut für Rechtsmedizin) der Universität Bern bezeichnen, dem wir auch fachtechnisch unterstellt sind und das uns weiterbildet und bei Bedarf jederzeit unterstützt.

Die Haupttätigkeit besteht in der Durchführung von Legalinspektionen bei aussergewöhnlichen Todesfällen (agT). Wir rücken in der Regel an den Ort des Geschehens aus, wo wir zusammen mit den Spezialisten des Kriminaltechnischen Dienstes oder des Unfalldienstes den Leichnam untersuchen und Spuren sichern. Ebenfalls vor Ort sind die Fahnder der Polizei und oft der Untersuchungsrichter. Ziel unserer Untersuchungen ist es, die Todesart im engeren Sinne (natürlicher Tod, Suizid, Unfall, Delikt) aufzuklären und dem Untersuchungsrichter die Grundlagen für weitere Abklärungen, z.B. die Durchführung einer gerichtlichen Autopsie, zu liefern. Es handelt sich dabei um eine hochinteressante Zusammenarbeit von Spezialisten, von denen jeder seine Erfahrung und sein Wissen einbringt, und es entwickelt sich ein Dialog um Verletzungen, Spuren, Abläufe und Zusammenhänge. Dies hat wohl etwas mit «Detektiv spielen» zu tun, aber unter seriösen und ernsten Umständen, im Dienste des Rechtsstaates. Nicht weniger spannend sind kreisärztliche Untersuchungen von lebenden Personen nach Gewalteinwirkungen.

Für mich liegt hierin der Reiz, etwas zu

erfüllen, das einerseits neben dem beruflichen Alltag einhergeht, Neuerungen bringt, etwas Spannung aufkommen lässt und andererseits auch für die Öffentlichkeit einen Wert hat. Und zusätzlich: diese interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fahndung, Kriminaltechnik, Juristerei und Rechtsmedizin bietet auch die Befriedigung, voneinander oft genug Neues zu lernen, das nichts mit der täglichen Routine zu tun hat. Wenn man sich entsprechend organisiert und den Dienst mit den

Kollegen abspricht, wird die Praxistätigkeit durch die kreisärztlichen Einsätze nicht über Gebühr gestört. Die Verrechnung der Einsätze erfolgt nach Tarmed. Zusätzlich erhält man ein «Wartegeld».

Wer im Niedersimmental oder in dessen Nähe wohnt, sich angesprochen fühlt, oder auch nur Auskünfte für eine eventuelle Entscheidungsfindung benötigt, kann sich bei mir (033 243 33 16) oder bei Prof. U. Zollinger, Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern (031 631 84 66), melden.

Unsere E-Mail-Adressen: tom.m.heuberger@bluewin.ch, zollinger@irm.unibe.ch.

T. Heuberger, Hilterfingen

Inserat Ärztekasse