



Juni 2004 / 3

# doc.be

Ärztegesellschaft  
des Kantons Bern  
Société des médecins  
du canton de Berne

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

## Die Revision der Krankenversicherung belastet das Arzt-Patienten-Verhältnis

Die Ärzteschaft betrachtet die freie Arztwahl als das tragende Element in der Arzt-Patienten-Beziehung. Dies hält die FMH in ihren Thesen zur Revision des KVG fest; letztere wurden Ende April von der Ärztekammer verabschiedet, ohne Gegenstimme.

Was will der Bundesrat mit der Einschränkung der freien Arztwahl («Vertragsfreiheit») in der KVG Revision III erreichen? Zitat aus der Botschaft des Bundesrates betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 26. Mai 2004:

«..in erster Linie zwei Ziele: Das erste Ziel ist die Verstärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern des gleichen Berufsstands im ambulanten Bereich und der Ausschluss von 'schwarzen Schafen' vom Markt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, somit von Leistungserbringern, welche unwirtschaftliche oder qualitativ ungenügende Leistungen erbringen. Das zweite Ziel, das der Bundesrat mit seinem Modell verfolgt, ist die Verringerung der Überversorgung im ambulanten Bereich» (Teil Vertragsfreiheit, S. 11). «Die Vertragsfreiheit eröffnet vertragliche Möglichkeiten der Einflussnahme auf das Volumen medizinischer Leistungen» (Teil Strategie und dringliche Punkte, S. 7). «Dieser Systemwechsel soll im ambulanten Bereich vollzogen werden» (Teil Strategie und dringliche Punkte, S. 9).

Die vom Bundesrat angestrebte Einschränkung der freien Arztwahl belastet unsere Arzt-Patienten-Beziehung: Die in unserem Gesundheitswesen unausweichlich anstehenden Rationierungsentscheide werden auf die Ebene Arzt-Patient hinunterdelegiert. Damit geht einerseits Transparenz verloren, was für den Bundesrat attraktiv sein mag. Andererseits werden die Patienten weiter verunsichert: Unsere Patienten werden nie sicher sein, inwieweit Kostenüberlegungen unsere ärztlichen Entscheide mitbestimmen. Schliesslich laufen wir Ärztinnen und Ärzte Gefahr uns an diesen systembedingten Loyalitätskonflikten und Erklärungsnotständen aufzureiben.

Die freie Arztwahl ist das tragende Element in der Arzt-Patienten-Beziehung. Habe mer Sorg derzue.

Jürg Schlup, Präsident

Gesundheitspolitische Positionen  
des Vorstands (Teil 3) 2

Stellungnahme zum Referendum  
gegen das Spitalversorgungsgesetz 3

Analyse RoKo 2001 4

Kostenneutralität:  
Erste eigene Auswertung 5

Beteiligung der Spezialisten  
an PonteNova 6

Bericht aus dem Grossen Rat 7

Nachruf: Hausarztmedizin 8

Medphone gegründet 9

Bundesrätlicher Vorschlag  
zur KVG-Revision 11

Nothilfe bei Ausschluss aus der  
Asylfürsorge 12

Aktuelle interne Mitteilungen finden Sie unter [www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch), «Für Mitglieder»

## Gesundheitspolitische Positionen des Vorstands der BEKAG (Teil 3)

Der Vorstand der BEKAG hat seit der Klausurtagung 2003 eigene Positionen zur Ausgestaltung der Krankenversicherung und zu möglichen Reformen erarbeitet. Auch in diesem zweiten Teil der Präsentation (zu Teil 1 siehe doc.be vom April 2004) stellt der Vorstand seine Sicht der Dinge ausdrücklich zur Diskussion. Je besser es gelingt, gemeinsame Positionen zu erarbeiten, umso eher kann sich die BEKAG in die gesundheitspolitische Debatte einbringen.

### Freie Arztwahl

Der Vorstand der BEKAG befürwortet das Recht des Patienten auf die freie Wahl seiner Ärztin oder seines Arztes. Patientinnen und Patienten erleben Krankheiten und Unfälle als Krisensituationen. Sie müssen die Sicherheit haben, dass ihre Ärztin oder ihr Arzt die Therapieempfehlungen ohne persönliches wirtschaftliches Risiko im alleinigen Interesse der Patienten festlegen.

Die Versicherten sollen sich freiwillig für Versicherungssysteme mit eingeschränkter Arztwahl entscheiden können. Die Aus-

Gesundheitspolitische Visionen entwickeln, die sich über die Zeit hinweg bewähren sollen.

wirkungen dieser Einschränkungen sind ihnen verständlich aufzuzeigen.

Eine Aufhebung der freien Arztwahl würde freie Preisbildung oder zumindest eine Aufhebung des Tarifschutzes voraussetzen und wäre folglich eher im Bereich der Zusatzversicherung denkbar.

### Tarifsystem

Jedes Tarifsystem im «Tiers garant» ist für den Vorstand der BEKAG akzeptabel, sofern es auf einer betriebswirtschaftlichen Grundlage beruht. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht muss die Ärztin oder der Arzt mit einer medizinisch und gesetzlich korrekten Berufsausübung seinen

Praxisaufwand decken und ein leistungsgerechtes Einkommen erzielen können.

### Praxistätigkeit

Der Vorstand der BEKAG spricht sich für strengere Anforderungen an die Aufnahme einer Praxistätigkeit aus. Beispielsweise könnte eine längere praktische Tätigkeit als «Eurodoc» verlangt werden. Der Vorstand fordert ebenfalls einen Facharzttitel mit mindestens fünfjähriger Weiterbildung als Voraussetzung für die Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung aus.

In der nächsten Ausgabe von doc.be diskutiert der Vorstand, welche Beiträge die Versicherten und die Patienten für eine langfristig funktionierende Krankenversicherung leisten sollten.

M. Tackenberg,  
Redaktor doc.be

### Wortmeldungen der Mitglieder

Ihre Stellungnahme erreicht uns über die Redaktionsadresse oder per E-Mail an: tackenberg@forumpr.ch. Je kürzer Ihr Statement ausfällt, umso eher kann es für doc.be berücksichtigt werden.

«Die gesundheitspolitischen Positionen des Vorstandes beinhalten unter anderem die Forderung nach einer Beschränkung des Leistungskataloges. Diese Idee ist problematisch. Mir stellen sich folgende Fragen:

1. Wie gedenkt der Vorstand vorzugehen bei der Beschränkung des Leistungskataloges? Welches sind die «nicht notwendigen» Leistungen?
  2. Werden Patientinnen und Patienten auch befragt und bei der Meinungsbildung mit einbezogen?
  3. Warum schreibt der Vorstand, die Verantwortung für die Rationierung liege bei der Politik? Es gibt auch Politiker im Vorstand. Was vertreten diese?
- Wir Ärzte haben nicht nur unsere Standesinteressen zu vertreten, sondern auch das Wohl unserer Patientinnen und Patienten!»

Heinz Zimmermann, Notfallzentrum Inselspital

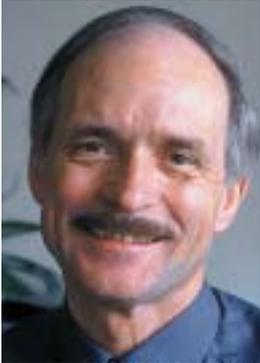


In doc.be steht: «Effizienzsteigerungen durch Steuerung im Sinne von MC-Systemen, zum Beispiel über Gatekeeper oder Netzwerke, werden befürwortet.»

Tatsache ist: eine Effizienzsteigerung durch Gatekeepersysteme wurde nie erreicht. Die Mitte der Neunzigerjahre eingeführten Gatekeepersysteme wurden zum grossen Teil von den Versicherungen wieder eingestellt. Der nur geringe Zulauf zeigte, dass dieses System auch von Patienten nicht gewünscht war. Zudem schaffte es, angesichts der nicht zu verbergenden Partikularinteressen, einen Zwist zwischen Grundversorgern und andern Fachärzten. An die unseligen Diskussionen vor zehn Jahren sei erinnert. Machen wir nicht die gleichen Fehler und halten wir es auch hier wie unser Präsident J. Schlup im Editorial: «Wir lassen uns nicht spalten.»

Markus Känel, Thun

## Stellungnahme zum Referendum gegen das Spitalversorgungsgesetz



Max Rickenbacher, Präsident Verband Bernischer Krankenhäuser (VBK)

Der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern beurteilt das vom Parlament mit 107:13 Stimmen verabschiedete Spitalversorgungsgesetz als gut und ausgewogen. Er stellt sich gegen das Referendum des VPOD.

Im Kanton Bern beschäftigen wir uns seit 1997 mit der Einführung eines modernen Spitalversorgungsgesetzes. Bis Ende April dieses Jahres glaubten wir das Ziel zusammen mit kantonalen Politikern und mit der Verwaltung endlich erreicht zu haben. Die Lancierung des Referendums durch SBK, VSAO und VPOD hat leider unsere Hoffnungen einstweilen gedämpft.

Wir sind der Meinung, dass dieses Referendum unnötig und unehrlich ist:

- Unnötig, weil in der vom Grossen Rat beschlossenen Fassung des Spitalversorgungsgesetzes (SpVG) die Anwendung des Gesamtarbeitsvertrags (GAV) genügend geregelt ist.
- Unehrllich, weil in das Referendum die zusätzliche Forderung einer kapital- und stimmenmässigen Mehrheit an den Regionalen Spitalzentren (RSZ) eingepackt wurde.

Eine Verankerung des GAV im SpVG ist juristisch gesehen nicht stufengerecht. Der VBK hat seit Beginn der Gesetzesarbeiten einen GAV im Gesetz abgelehnt, obwohl eine Mehrheit der RSZ seit Jahren auf freiwilliger Basis mit dem GAV arbeitet. Wir lehnen nicht den GAV an sich ab, jedoch den Vertragszwang wie er im Referendum verlangt wird. Er macht die Personalverbände zu Machtpromotoren und

nicht mehr zu Sozialpartnern. Die Angst vor Dumpinglöhnen ist unbegründet und steht auch für uns nicht zur Diskussion, auch nicht mit der EU-Erweiterung. Der bestehende GAV sichert allen Angestellten die gleichen Löhne für die gleiche Arbeit und Ausbildung. Wir wollen den GAV in einer partnerschaftlichen Beziehung weiterhin aushandeln und ihn nicht einseitig diktiert erhalten.

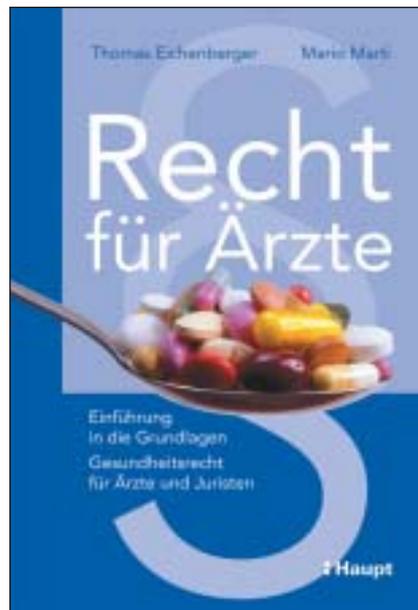
Mit der Forderung der ausschliesslichen Beteiligung des Kantons an den Aktiengesellschaften werden unsere RSZ zu Staatskliniken. Eine Beteiligung Dritter wird damit ausgeschlossen. Die Mehrheit der RSZ wird auch mit dem jetzigen Gesetzesvorschlag am Anfang eine Mehrheits- oder sogar eine Alleinbeteiligung des Kantons haben. Jedoch stärkt die jetzige Fassung die Eigenständigkeit und bietet

Möglichkeiten zur Beteiligung Dritter. Ein Zusammengehen von privaten und öffentlichen Spitalern wird mit dem Referendum verhindert. Das scheint uns der falsche Ansatz in einem Gesetz zu sein, welches den Handlungsspielraum aller Kliniken öffnen soll und auch ökonomische Ansätze in der Leistungserbringung berücksichtigen muss.

Mit dem Referendum wird die Einführung des SpVG um mindestens ein weiteres Jahr verzögert. Damit hatte dieses neue Gesetz eine Bearbeitungszeit von fast 10 Jahren bis zum Inkrafttreten. Eine sehr lange Zeit im dynamischen Gesundheitswesen!

Der VBK bedauert diese Entwicklung, weil sie uns die Basis für eine geregelte Spitalplanung vorerst entzieht und wichtige Entscheide auf strategischer und operativer Ebene verhindert. Wir empfehlen unseren Institutionen das Referendum nicht zu unterstützen. Es stösst im übrigen auch in Pflegekreisen teilweise auf Opposition.

## Hauptsache: Recht für Ärzte



261 Seiten, zahlr. Tab. u. Graf., gebunden, CHF 78.– ISBN 3-258-06709-0

**Eine kompakte Einführung in alle relevanten Aspekte des Rechts für Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen!**

Autoren:

Dr. *Thomas Eichenberger*, Fürsprecher, Geschäftsführer der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern sowie des Vereins der leitenden Spitalärzte Schweiz.

*Mario Marti*, Fürsprecher.

Erhältlich bei **Haupt** am Falkenplatz in Bern und in jeder anderen guten Buchhandlung.

**Haupt**

Haupt Verlag

E-Mail: [verlag@haupt.ch](mailto:verlag@haupt.ch) • [www.haupt.ch](http://www.haupt.ch)

## Analyse Rollende Kostenstudie – RoKo 2001



Kurt  
Aeschlimann

**Was zeigen die Zahlen der Erhebung 2001 bei den Berner Ärztinnen und Ärzten? Den einzelnen Teilnehmer interessiert vor allem das Praxisresultat im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt; für standespolitische Zwecke sind die Entwicklung der Erträge, Aufwände, Ergebnisse und Kostensätze der Gesamtheit aller Arztpraxen von Bedeutung<sup>1</sup>.**

Die Statistiken über Aufwand und Ertrag im Jahre 2001 belegen einmal mehr, dass sich Ertrag und Ergebnis nicht parallel entwickeln (siehe Tab.1). Dies widerspiegelt sich auch im mittleren Kostensatz, der bei 69,15% lag. Das Maximum betrug 75,39% für die Allgemeinmedizin, das Minimum 46,8% für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der mediane Kostensatz lag bei 66,46%.

Im Vergleich zum Jahr 2000 sind die Aufwände stärker gestiegen als die Erträge, was zu einem deutlichen Anstieg des mittleren Kostensatzes von 64% auf 69% und zu einer Minderung des Betriebsergebnisses geführt hat (von Fr. 200'000.– auf Fr. 175'850.–).

Im Vergleich zu 1990 sind die mittleren Erträge von 443'700.– auf 569'934.– Franken gestiegen, die Ergebnisse aber praktisch gleich geblieben (1990: 173'800.–, 2001: 175'850.–) und der Kostensatz nahm in der gleichen Zeit von rund 60% auf 69,15% zu (der Landesindex der Konsumentenpreise stieg in der gleichen Zeit von 100 auf 125 Punkte). Mit anderen Worten: die mittleren Erträge stiegen zwar deutlich steiler an als der Landesindex, die Ergebnisse hingegen um lediglich 1,2%.

Zum Vergleich: die allgemeine Teuerung von 1990 bis 2002 betrug 23,2%. Die Teuerung für alkoholische Getränke und Tabakwaren 24,5%, für Verkehr 24,8%, für Gesundheitspflege 26,9%, für Wohnungsmiete und Energie 33,9% und für Restaurants und Hotels gar 44,9%. Für übrige Waren und Dienstleistungen betrug die Teuerung in dieser Zeitspanne 26,5%. Es fällt mir in diesem Zusammenhang schwer zu verstehen, warum man bei den Kosten für das Gesundheitswesen von einer Kostenexplosion spricht und die Kostenentwicklungen in den übrigen Sektoren

kaum Gegenstand ähnlich polemischer Diskussionen sind.

### Materialaufwand und Löhne

Von den Aufwandelementen fallen der Materialaufwand (inkl. Medikamente) seit Beginn der RoKo-Studien am stärksten ins Gewicht, an zweiter Stelle liegen die Löhne. Die Raumkosten haben kaum zugenommen, während die Abschreibungen und insbesondere die Aufwände für die Praxisversicherungen sowie die persönliche Versicherung und Vorsorge des Arztes deutlich zugenommen haben.

Ein bestimmender Faktor des Betriebsergebnisses ist der Kostensatz, der sich bei den verschiedenen Fachgruppen ganz unterschiedlich entwickelt hat. So stieg der Kostensatz der Grundversorger von 1990 bis 2001 von knapp 64% auf 74%, bei den nicht operierenden Spezialisten von 60% auf ca. 64% und bei den operierenden Spezialisten von 50% auf ca. 62%. Trotzdem nahm das Betriebsergebnis bei den Grundversorgern und den nicht operierenden Spezialisten leicht zu, während es bei den operierenden Spezialisten leicht abnahm. Bei der Gruppe der Psychiater stieg der Kostensatz von ca. 40% auf 49%, während das Betriebsergebnis nur wenig zunahm, auf derzeit Fr. 101'302.–.

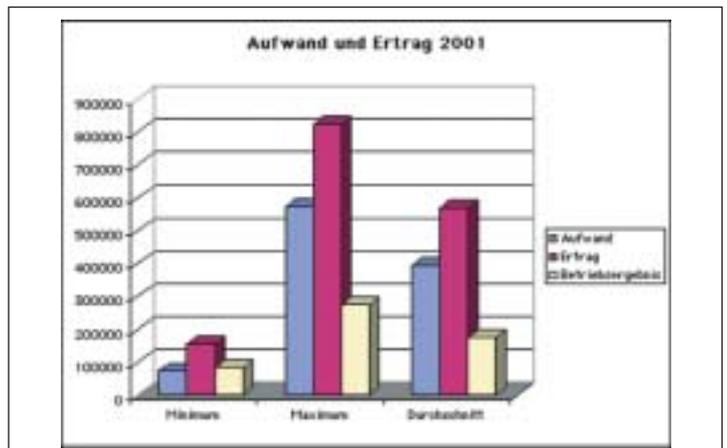
### Wer nahm an der RoKo-Studie teil?

Ausserhalb der finanziellen Aspekte interessieren uns aus der RoKo-Studie aber auch noch andere Zahlen. Das mittlere Alter der Einsender lag bei 49,7 Jahren, das mittlere Alter aller praktizierenden Ärzte im Kanton Bern bei 53,2 Jahren (1994 lag das mittlere Alter der Einsender noch bei 47 Jahren). Bei 134 Einsendern

<sup>1</sup> Die Zahl der verwertbaren Fragebogen nahm 2001 gegenüber 2000 wieder etwas zu: von 1645 ausgegebenen Fragebogen konnten 271 verwendet werden. Mit anderen Worten: von 12,9% der im Kanton Bern praktizierenden Kolleginnen und Kollegen lagen verwertbare Zahlen vor (bis 1997 waren jeweils immer über 300 Fragebogen brauchbar). Die Repräsentanz der mit den Zahlen der letzten Jahre gemachten Aussagen ist damit nicht über alle Zweifel erhaben.

Tabelle 1: Aufwand und Ertrag 2001

	Aufwand Fr.	Ertrag Fr.	Betriebsergebnis Fr.
Durchschnitt	394'084.–	569'934.–	175'850.–
Minimum (Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie)	72'804.–	155'565.–	82'762.–
Maximum (Urologie)	572'855.–	825'191.–	274'928.– (Ophthalmologie)



arbeitete der Partner in der Praxis mit und 100 Kolleginnen und Kollegen hatten noch die Möglichkeit zur vollen Selbstdispensation. 74 Einsender (27,3%) arbeiteten in Gruppenpraxen und 60 (22,1%) waren auch als Belegarzt tätig. Die Grundversorger (Allgemeinmediziner, Internisten, Pädiater) leisteten zwischen 32,8 und 47,0 Tagen Notfalldienst. In die Fortbildung wurden im Schnitt 14 Arbeitstage investiert.

### Bedeutung der RoKo

Abschliessend noch der Versuch einiger Antworten auf die Frage nach dem Nutzen der RoKo. Für den teilnehmenden Arzt bzw. die teilnehmende Aerztin liefert sie die betriebswirtschaftlichen Daten der Arztpraxis. Sie ermöglicht im Einzelfall einen Vergleich zum Fachgruppenschnitt und gibt damit Hinweise zur kosteneffizienten Praxisgestaltung.

Zählbare Resultate zugunsten unseres Arzttarifs sind allerdings bisher ausgeblieben. Dennoch sind die gewonnenen Aufwandzahlen wichtig für unsere standespolitischen Diskussionen. Immerhin konnten wir im Kanton Bern auf Grund der RoKo-Zahlen erreichen, dass unsere Begründung für das Begehren um Anpassung des Taxpunktwertes vom Regierungsrat des Kantons Bern mitgetragen wurde. Dass wir am Veto des Preisüberwachers bzw. des Bundesrates scheiterten, ist wohl eher politisch zu begründen. Ausserdem war RoKo ein Faktor der ehemals «betriebswirtschaftlichen» Berechnung des TARMED. Und im PVB-Vertrag wird die Offenlegung der RoKo-Daten für Notmassnahmen explizit aufgeführt.

Diese RoKo-Bilanz ist zwar nicht gerade begeisternd. Trotzdem glaube ich, dass diese Zahlen in den künftigen standespolitischen Diskussionen und Tarifverhandlungen immer wichtiger werden und wir deshalb auf eine deutlich bessere Mitarbeit aller praktizierenden Kollegen und Kolleginnen angewiesen sind. Wir hoffen, dass neben dieser standespolitischen Einsicht auch die Erhöhung der Rückvergütung für ausgefüllte und auswertbare Fragebogen zu einer besseren Repräsentanz unserer Zahlen führen werden.

## Kostenneutralität: Erste eigene Auswertung

### Pro Rechnung 5 Minuten Konsultationszeit einsparen



Hans-Werner  
Leibundgut,  
VR-Präsident  
PonteNova

Ressort Economics  
des Kantonalvorstandes

### Die erste Auswertung der Firma New Index ist Ende Mai erschienen.

Die wichtigsten Kennzahlen zur Entwicklung der Kosten sind im allgemeinen noch nicht in einem stabilen Zustand. Am ehesten dürften die Januarwerte in etwa aufzeigen, wo sich das Ganze stabilisieren wird. Tendenziell rechnen wir mit einer Zeitspanne von bis zu vier Monaten, bis die Datenreihen vollständig und die Mittelwerte je Sitzung repräsentativ und stabil sein werden. Über die Zeit werden die Umsätze je Sitzung in der Regel nach unten korrigiert. Ausnahmen sind aber je nach Fachgesellschaft auch möglich bzw. zu erwarten.

Diese ersten Auswertungen von über 200'000 Rechnungen basieren noch ausschliesslich auf den Daten der Ärztekasse per Ende April. Die Zusammenführung mit den Daten aus den TrustCenter ist in Arbeit, aber noch nicht ganz abgeschlossen. Dies wird bis zur Juni-Ausgabe behoben sein. Je nach Samplegrösse sind diese ersten Zahlen daher statistisch noch nicht genügend abgesichert.

Im Vergleich zu den früheren Jahren hat sich das **Abrechnungsverhalten** bereits etwas geändert: Die Anzahl Sitzungen pro Rechnung ist von 2,6 auf 2,2 gesunken, die Rechnungsdauer (Zeit von der ersten bis zur letzten Sitzung) und die Liegezeit (Zeit von der letzten Sitzung bis zur Fakturierung) haben sich glücklicherweise

beide halbiert, und zwar von 80 auf 40 bzw. von 50 auf 25 Tage.

Dies zeigt uns, dass unsere Hinweise in früheren Publikationen nicht auf taube Ohren gestossen sind und sich nun in ersten Trendberechnungen auszahlen.

Wie sehen die Trends nun aus?

Der **Umsatz pro Rechnung (bzw. pro Sitzung)** im ersten Drittel dieses Jahres beläuft sich auf **245 (98)** Franken, «ante tarmed» auf **233 (86)** Franken, hat also **um 5 bzw. 10% zugenommen**. Dabei ist noch nicht klar, wer zu dieser Kostensteigerung beiträgt: Die Umsätze pro Sitzung zeigen jedoch eine Zunahme bei allen Subgruppen.

Zusammen mit der oben erwähnten Reduktion der Anzahl Sitzungen pro Rechnung erscheinen diese Auswertungen also plausibel.

Unsere Schlussfolgerung: Da die zulässige Schwankung des Rechnungsvolumens im ersten Monat der Kostenneutralitätsphase 8% beträgt, könnte die Kostensteigerung gerade noch «durchgehen». Wir fordern alle Kolleginnen und Kollegen auf, unter Beachtung des eigenen Praxispiegels Mass zu halten.

### Es geht in den folgenden Monaten darum, pro Rechnung fünf Minuten Konsultationszeit einzusparen!

## 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 Juni 2004

## Beteiligung der Spezialisten an PonteNova

Die Kostenneutralitätsphase hat begonnen, bald erhalten wir die ersten Berechnungen. Wer gewinnt, wer verliert bei Tarmed? Dank der Datensammlung und -auswertung durch die TrustCenter werden wir es bald wissen. Unsere Zahlen hängen aber entscheidend von der Beteiligung der Berner Ärzteschaft an PonteNova ab. Da sich bis Ende Mai über die Hälfte (genau 967) der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte angeschlossen haben, dürfen wir sagen, dass unsere Auswertungen über das Ganze repräsentativ sind. Wie sieht es aber bei einzelnen Fachgruppen aus? Hier liegt die Beteiligung teilweise noch im Argen. Gerade gefährdete Spezialitäten (Kinderchirurgen!) sind krass untervertreten. Dieser Artikel soll Ihnen eine Bild über den aktuellen Stand geben und Sie ermuntern, wenn nicht aufrütteln, längst Fälliges, nämlich den Anschluss an PonteNova, nachzuholen – in Ihrem Interesse und in dem Ihrer Spezialität. Ohne Zahlen keine Argumente!

Was mögen die Gründe für das mangelnde Interesse einzelner Fachgesellschaften sein? Ich vermute, dass bei einigen chirurgischen Disziplinen noch «FMS-Nachwehen» vorhanden sind und rufe Anästhesisten, Chirurgen, Kinderchirurgen, Neurochirurgen, Orthopäden und Oto-Rhino-Laryngologen auf, Ressentiments zu begraben und, wie die Urologen (Dank an unseren Verwaltungsrat Adrian Sieber!), stramm zu unserem TrustCenter zu stehen.

Die Statistik in der nebenstehenden Tabelle vergleicht die Anzahl Mitglieder der kantonalen Fachgesellschaften (diese Daten haben wir vom Sekretariat der BEKAG erhalten oder aus der FMH-Statistik entnommen) mit der Mitgliedschaft der entsprechenden Spezialität bei PonteNova. Keine kantonale Fachgesellschaft haben die Allergologen (12 Titel gemäss FMH-Statistik 2002, 1 PonteNova-Mitglied), Angiologen (12 bzw. 3), Endokrinologen (11 bzw. 1) Kinderchirurgen (6 bzw. 1) und Nephrologen (8 bzw. 1).

Zusammengefasst sind vier Gruppen von Spezialitäten zu unterscheiden:

### Anteil von über 2/3 ihrer Mitglieder bei PonteNova:

- Allgemeinmedizin
- Dermatologie
- Radiologie
- Urologie

### Anteil von über 50%:

- Gynäkologie & Geburtshilfe
- Hämatologie, Hämatologie und Onkologie, Medizinische Onkologie<sup>1</sup>
- Kinder- & Jugendmedizin
- Psychiatrie- & Psychotherapie
- Rheumatologie (inkl. Physikalische Medizin & Rehabilitation)

### Anteil von über 1/3:

- Innere Medizin<sup>2</sup>
- Kardiologie
- Kiefer- & Gesichtschirurgie<sup>3</sup>
- Ophthalmologie
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Plastische-, rekonstruktive & ästhetische Chirurgie
- Pneumologie

### Anteil von unter 1/3:

- Anästhesiologie
- Chirurgie<sup>2</sup>
- Gastroenterologie
- Kinder- & Jugendpsychiatrie<sup>4</sup>
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Orthopädische Chirurgie<sup>5</sup>

Die kursiv gedruckten Fachgruppen werden durch das Kostenneutralitäts-Controling einzeln monitorisiert. Unser Vertrag mit NewIndex sieht die Beobachtung von 14 Spezialitäten vor!

Hans-Werner Leibundgut,  
VR-Präsident

### Anmerkungen:

<sup>1</sup> Da die Daten vorerst nur für einem FMH-Titel gesammelt werden können, erhalten diese Titelträgerinnen Gelegenheit, anzugeben unter welchem Facharztstitel sie klassifiziert werden wollen.

<sup>2</sup> Dieser Anteil ist wahrscheinlich höher, da nicht unter Internisten bzw. Chirurgen in freier Praxis und solchen im Spital unterschieden wird.

<sup>3</sup> Diese Spezialität kann nicht auf kantonaler Ebene ausgewertet werden, da die Samplegrösse minimal 6 Teilnehmer betragen muss.

<sup>4</sup> Ohne Doppeltitelträgerinnen «Psychiatrie». Für die Kostenneutralität werden diese beiden Fachgruppen zusammen ausgewertet

<sup>5</sup> Diese Fachgesellschaft wird monitorisiert werden, falls sich in den nächsten Monaten die Beteiligung erhöht

Facharztstitel	BEKAG	PonteNova	%
Allgemeinmedizin	433 (?)	329	76
Anästhesiologie	67	1	2
Chirurgie	101	26	26
Dermatologie	34	23	68
Gastroenterologie	19	5	26
Gynäkologie	113	59	52
Hämatologie / Onkologie	8 / 21	10 / 5	52
Innere Medizin	433 (?)	197	45
Kardiologie	44	17	39
Kiefer- & Gesichtschirurgie	3	1	33
Kinder- & Jugendmedizin	77	44	57
Kinder- & Jugendpsychiatrie	36	10	28
Neurochirurgie	9	2	22
Neurologie	16	5	31
Ophthalmologie	56	21	38
Orthopädische Chirurgie	66	10	15
Oto-Rhino-Laryngologie	39	14	36
Plastische, rekonstruktive & ästhet. Chirurgie	8	3	38
Pneumologie	24	10	42
Psychiatrie	223	126	57
Radiologie	28 (?)	5	100
Rheumatologie (inkl. Physikalische Medizin)	32	17	53
Urologie	17	12	71

## Bericht aus dem Grossen Rat



Thomas Heuberger, Vizepräsident der Ärztesellschaft und Grossrat

Eine teilweise turbulente Session ist vorbei, die nächste steht bereits vor der Tür und schon flattert wieder eine Menge Papier ins Haus: grüne Fassung, Motionsantwort, Kommissionsunterlagen, Lobby-Post, Jahresberichte, Geschäftsberichte usw. usf.

Das Spitalversorgungsgesetz hat uns in sechs Kommissionssitzungen Nerven und Sitzleder gekosteteinige. Es wurde im Eiltempo durchgepeitscht: zwischen erster und zweiter Lesung lagen gerade mal neun Wochen. Ein ambitioniertes Programm, das zumindest vorläufig zu einem guten Ende gekommen ist. Die Anliegen der Ärzteschaft wurden zu einem grossen Teil berücksichtigt und warfen keine sehr hohen Wellen mehr: Die Abgaben der Privatpraxen in den Spitälern beschränken sich nun auf die tatsächlich anfallenden Infrastrukturkosten. Die öffentlichen Spitäler können damit rechnen, dass im Vergleich mit den Privatspitälern einigermassen symmetrische Verhältnisse herrschen, und dass auch Private als gleichberechtigte Partner Leistungsverträge zur Grundversorgung abschliessen können.

Für die geriatrische und psychiatrische Grundversorgung wird im neuen Spitalversorgungsgesetz eine gesetzliche Grundlage erstellt. Der Stellenwert dieser beiden Disziplinen soll in der Psychiatrieplanung und in der Alterspolitik des Kantons im Sinne einer gemeindenahen Betreuung und Versorgung verbessert und modernisiert werden. Dass das neue Spitalversorgungsgesetz durch ein Referendum verzögert wird, ist bedauerlich, aber aus meiner Sicht verständlich: Die bürgerliche Mehrheit war leider nicht bereit, den Arbeitnehmern entgegenzukommen und den milden Regierungsvorschlag bei den Arbeitsbedingungen zu unterstützen. Ich

glaube, dies ist zu kurzfristig gedacht, da eine Konfrontation zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern gerade im psychologisch sensiblen Bereich der Spitalversorgung kontraproduktiv sein kann. Der Volksvorschlag fordert, dass der Kanton in allen öffentlichen Spitälern bestimmend und dominant bleiben muss. Dies lehnt die bürgerliche Seite strikte ab: Sie hätte sich damit ein Danaergeschenk eingehandelt!

Mit dem Beschluss, nach der Wahlkreisreform auch die Justizreform und vor allem die Verwaltungsreform des Kantons anzupacken, dürfte ein Meilenstein gesetzt worden sein. Die Strukturen der kantonalen Verwaltung sollen einfacher und kostengünstiger gestaltet, Schnittstellen bereinigt und der Verwaltungsapparat verschlankt werden. Ob damit die Ziele des Sparens, der Bürgernähe und der Wirtschaftsförderung erreicht werden, bleibt abzuwarten. Zweifel bestehen, und es wird sich zeigen, ob diese nur in den Köpfen von notorischen Schwarzmalern vorhanden sind. Für das Berner Oberland mit seiner Fläche von 2500 km<sup>2</sup> und seiner zersplitterten bergigen Topographie dürfte die Forderung nach Bürgernähe ein Problem darstellen. Diese Region wäre mit nur zwei Regierungsstatthalterämtern schlecht bedient, ohne gleich Gedanken zum «Kanton Oberland» nahe legen zu wollen.

Hohe Wellen warf wieder einmal das Inselspital wegen des Nachtragskredits von 25% der gesamten Baukosten für den Fertigausbau INO! Hier müssten sich alle Beteiligten (Grossrat, GPK, Regierung, Bauleitung und Bauausführung, Inselspital und Politiker) Gedanken machen über Entscheidungs-Mechanismen, politisches Kalkül und betriebswirtschaftliches Denken. Der Rat forderte zunächst fast einstimmig eine Aufarbeitung der Mechanismen, die zum INO-Problem geführt hatten. Als es dann aber zur Abstimmung kam, konnte sich die (zu) scharfe Forderung nach einer PUK wie auch der mildere Vorschlag der GFL nach einer internen Untersuchung nicht durchsetzen. Mein Fazit lautet: Deklamation über Missstände ist eines, der Wille zur Konsequenz aber etwas ganz anderes.

Schiffbruch erlitt auch das Projekt BEKIS des Regierungsrates zur Beschaffung eines einheitlichen Informatiksystems für

alle öffentlichen Spitäler des Kantons. Die Notwendigkeit eines Datenaustauschs und einer seriösen Softwareabdeckung im kantonalen Gesundheitswesen wurde allgemein anerkannt. Nachdem aber jahrelange Planungen etliche Zweifel über Sinn und Machbarkeit eines einheitlichen Systems evoziert hatten und bereits finanzielle Mittel verplant worden waren, standen sich zwei Rückweisungsanträge gegenüber: Der eine Vorschlag bevorzugte die zentralistische Einheitslösung, welche die Gefahr einer längeren Verzögerung und einer unbestimmten Kostensteigerung birgt. Der andere Antrag wollte nur die Schnittstellen und Standards definieren, die zum umfassenden Datenaustausch notwendig sind und die konkrete Ausgestaltung und Organisation des Informatiksystems den einzelnen Spitälern überlassen. Auch hier sind die Nachteile nicht alle abschätzbar, aber die Verzögerungen dürften sich eher im Rahmen halten und so wurde der zweiten Lösung der Vorzug gegeben. Auch hier wären einige Reflexionen analog zu INO am Platz gewesen. Es bleibt zu hoffen, dass wir uns in vier Jahren diese Gedanken nicht abermals machen müssen! Denn wie uns das Beispiel des Inselspitals gezeigt hat, sind Nachbereitungen und unbequeme Fragen eben unangenehm und unbeliebt, besonders wenn es die eigenen Verantwortungsträger treffen könnte.

Die Grossratspräsidentenfeier in Lotzwil zeigte ein unerwartetes Detail, ein Aperçu der besonderen Art, sympathisch und konsequent: Zum Apéro wurde kein Alkohol serviert, sondern Fruchtsäfte und raffiniert gemixte alkoholfreie Cocktails. Die EVP blieb konsequent und manche Anderen versteckten ihre langen Gesichter sehr diplomatisch, eben wie echte Politiker!

## Nachruf: Hausarztmedizin

«Gottes Mühlen mahlen langsam, mahlen aber trefflich gut.»

Gottes Mühlen scheinen in der Berner Regierung, in der Uni und vielleicht sogar in der medizinischen Fakultät Bern nicht bekannt zu sein, oder dann nur mit dem ersten Teil des Sprichwortes: langsam!

- Da ist doch nachgerade sattem bekannt, dass wir auf eine Versorgungslücke in der medizinischen Grundversorgung hinsteuern (was den Bundesrat nicht an einem Zulassungsstopp für Arztpraxen hindert!).
- Da pfeifen es die Spatzen von den Dächern, dass die Alterspolitik der Gesundheitsdirektion nicht ohne zusätzliche und gut ausgebildete Grundversorger / Hausärzte funktionieren kann.
- Da dämmert es sogar einigen Politikern, dass die Attraktivität einer Hausarztpraxis im Lande draussen auch etwas mit Motivation und mit einem positiven Umfeld zu tun hat, und dass dies den Studierenden der Medizin früh in ihrem Studium nahe gebracht werden muss.
- Da gelingt es gar, das bernische Parlament gegen den erklärten Willen der Regierung und der ED zu einer klaren Überweisung einer Motion zu veranlassen, mit der eben diese Motivation und Ausbildung der Studierenden für zukünftige Hausärzte unterstützt wird und finanzielle Mittel dringend gefordert werden, sogar unter dem heute bestehenden Spardruck im Kanton Bern.

*Und was passiert seither? Nichts!*

Die Klagen gehen weiter, Kolleginnen und Kollegen auf dem Lande draussen finden keine Nachfolger für ihre Praxen, die Angebotsinserterate für Grundversorgerpraxen in der Ärztezeitung überflügeln die Suche nach solchen Praxen immer noch mit 35 : 2 und die Spitexplanung geht munter weiter mit der (richtigen!) Forderung, kranke und alte Menschen mehr und mehr so lange als möglich zu Hause und nicht in Spitälern und Heimen zu pflegen. Wo aber kommen die notwendigen, wo die gut motivierten GrundversorgerInnen in zehn Jahren her, wenn sie nicht heute auf diese Schiene gebracht werden, mit entsprechender Ausbildung, Motivation, Umfeldplanung und Information?

Das Geld für die Umsetzung der Motion scheint nicht vorhanden zu sein, nicht auffindbar oder in irgendwelchen Kanälen zu stecken und im Verteilungskampf zu versickern. Ist es die ED, die das Geld nicht zur Verfügung hat oder die Uni, die zu wenig an die medizinische Fakultät schickt? Oder kann sich die Fakultät nicht auf einen Verteilungsschlüssel einigen oder streiten sich die Institute der Insel um die Gelder, bis für

die FIAM und ihr Modell nichts mehr übrig bleibt? Wer ist zuständig? Wer hat das Geld? Wer hat die Verteilungsschlüssel? Wer trägt schliesslich die Verantwortung?

Fragen, Fragen, Fragen!  
Und was passiert? Nichts!

Hier stehen die Mühlen sogar still, sie mahlen nicht mal mehr langsam, geschweige denn gut! Wir suchen Mittel und Wege, einen neuen Müllergehilfen anzustellen oder den «Mühlbach» neu zu beleben, auf dass sich das Rad wieder drehe.

*T. Heuberger, Grossrat*

Inserat Ärztekasse

## Medphone gegründet

Die Notfallarzt-Zentrale der Berner Ärzteschaft heisst **Medphone**. Am 3. Juni 2004 gründeten folgende sieben Gesellschaften gemeinsam mit einem Aktienkapital von 100'000 Franken die Medphone AG: Die Berner Ärztesgesellschaft (44%), der Medizinische Bezirksverein Bern-Stadt (40%), der Ärztliche Bezirksverein Bern-Land (5%), der Ärztliche Bezirksverein Biel-Seeland (5%), der Ärztliche Bezirksverein Oberaargau (3%), der Verband Berner Hausärztinnen und Hausärzte (2%) und der Ärztliche Bezirksverein engeres Oberland (1%). Eine Beteiligung weiterer Bezirksvereine und Fachgesellschaften ist sehr erwünscht.

Der erste Verwaltungsrat wurde von den beiden Hauptaktionären vorgeschlagen, ohne Gegenstimme gewählt und setzt sich zusammen aus: Daniel Marth (VR-Präsident, vertritt die Stadt und die Spezialisten), Beat Gafner (vertritt das Land und die

Grundversorger), Zeno Supersaxo (vertritt die Rettungsdienste) und Christian Gubler (vertritt den Kanton und die Spitalärzte).

Zweck dieser AG ist die Errichtung und der Betrieb einer ärzteigenen Notfallarzt-Zentrale zur Erfüllung der mit der ärztlichen Berufsausübungsbewilligung verbundenen Notfalldienstpflicht. Medphone will die Bezirksvereine und Notfallarzt-Dienstkreise in ihren Anstrengungen unterstützen, eine qualitativ hochstehende, leicht und jederzeit zugängliche, wirtschaftliche und flächendeckende ärztliche Notfallversorgung zugunsten der Bevölkerung sicher zu stellen. Medphone will eng mit der kantonalen Rettungsplattform kooperieren.

Die Dienstleistungen von Medphone steht allen interessierten Notfallarzt-Dienstkreisen offen:

- Telefonzentrale mit flächendeckender einheitlicher Nummer unter eigenem Namen
- Medizinische Beratung durch qualifiziertes Fachpersonal rund um die Uhr am Telefon
- Triage der Anrufe bezüglich medizinischer Dringlichkeit und Schweregrad
- Zeitgerechtes Vermitteln des Notfallarztes
- Enge Zusammenarbeit mit Rettungsdienst und Spitalern
- Dokumentation der Hilfeleistung durch elektronisches Aufzeichnen der Gespräche
- Periodische Evaluation der Dienstleistung bei allen Anspruchsgruppen

Wie bereits mit der Gründung von Ponte-Nova vor zwei Jahren zeigt sich die Ärzteschaft auch mit dem Aufbau einer ärzteigenen Notfallarzt-Zentrale allen hier Interessierten (Öffentlichkeit, PatientInnen, Behörden) als handlungswilliger und handlungsfähiger Partner.

*Jürg Schlup, Präsident*



### Gründungsmitglieder Medphone

Vordere Reihe v.l.n.r.: Beat Gafner, Marcel Stampfli, Fridolin Steiner, Markus Frey, Zeno Supersaxo, Daniel Marth.

Hinterere Reihe v.l.n.r.: Notar von May, Hanspeter Kohler, Jürg Schlup, Thomas Eichenberger, Christian Gubler, Fürsprecher Berger.

# GRUPPENPSYCHOTHERAPIE FÜR FLÜCHTLINGSKINDER

Kinder und Jugendliche, die Krieg und Flucht erlebt haben, leiden oftmals unter posttraumatischen Störungen oder zeigen Stressreaktionen. Auch Traumata der Eltern können die Kinder belasten. Die Beschwerden von Betroffenen sind vielfältig: Alpträume, Übererregung, Ängstlichkeit, Depressionen, psychosomatische Leiden, Störungen im Sozialverhalten. Damit sie diese Symptome abbauen und ihre traumatischen Erfahrungen überwinden können, bieten das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) und die Kantonale Erziehungsberatung



Bern gemeinsam Gruppentherapien für Flüchtlingskinder an. Beide Institutionen verfügen über fundierte Erfahrungen in den Bereichen Migration, Traumabehandlung und Familie.

In den Gruppentherapien, die von Fachpersonen aus Psychologie und Psychiatrie geleitet werden, lernen die Kinder und Jugendlichen Bewältigungsstrategien kennen. Nachdem sie Vertrauen und Sicherheit aufgebaut haben, konfrontieren sie sich mit ihrer Vergangenheit und ihrem aktuellen Leben. Die Therapie soll sie in ihrem Selbstvertrauen stärken und ihnen die Chance für eine gesunde Entwicklung geben.

**Weitere Informationen und Anmeldeformulare:**

**Zentrum für Migration und Gesundheit SRK  
Ambulatorium für Folter und Kriegsopter  
Sekretariat  
Freiburgstrasse 44A, 3010 Bern  
Telefon 031 390 50 50, Telefax 031 382 97 10  
ambulatorium.miges@redcross.ch, www.redcross.ch  
Spendenkonto: PC 70-79907-1, Vermerk Ambulatorium**

**Croix-Rouge suisse  
Schweizerisches Rotes Kreuz  
Croce Rossa Svizzera** 



Anregungen und kritische Stellungnahmen sind erwünscht und werden vom Vorstand der BEKAG behandelt.

Zwar anders, aber noch schlimmer

## Bundesrätlicher Vorschlag zur KVG-Revision

Wer geglaubt hatte, mit dem Scheitern der 2. KVG-Revision im Dezember 2003 werde für einige Zeit Ruhe einkehren, wurde nun von unserem Innenminister, Bundesrat Pascal Couchepin, umgehend eines Besseren – und eines Schlimmeren – belehrt. Natürlich besteht ein gewisser Sachzwang: Das dringliche Bundesgesetz betreffend die Spitalfinanzierung ist befristet auf Ende 2004; der Zulassungsstopp läuft am 3. Juni 2005 aus, und bis Ende des Jahres 2005 muss auch der Risikoausgleich definitiv geregelt sein.

### Taktisch geschickt

Der Bundesrat hat aus der geplatzten Wundertüte der 2. KVG-Revision die einzelnen Brocken herausgeklaubt und serviert sie nun in vermeintlich homöopathischen Dosen. Umstrittene Teile können so dem Volk unterbreitet werden, während die weniger problematischen unbehelligt in Kraft treten. Der Bundesrat hat aber nicht nur taktische Manöver ausgeführt, er hat auch grundsätzliche Positionen verschärft. So soll die heute bestehende freie Arztwahl in der Grundversicherung durch die praktisch unumschränkte Aufgabe des Kontrahierungszwangs abgeschafft werden.

Ein erstes Revisionspaket, das in der September-Session in die eidgen. Räte kommen wird, umfasst folgende Punkte:

- Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung, Versicherungskarte und Rechnungslegung der Versicherer
- Vertragsfreiheit (Abschaffung des Kontrahierungszwangs bzw. der freien Arztwahl)
- Prämienverbilligung
- Kostenbeteiligung

### Der zweite Streich

Vor kurzem ist ein zweites Revisionspaket publiziert worden, das Änderungen enthält, die per 1.1.2006 in Kraft treten sollen. Hier geht es um die dual-fixe Spitalfinanzierung und die Förderung von Managed Care. Unser besonderes Augenmerk verdient dieser zweite Punkt. Hier erscheinen die «Ärztetzwerke mit Budgetverantwortung» (sprich: Capitation) wieder, wenn auch in leicht modifizierter Form. Insbe-

sondere sollen die Versicherer nicht mehr gezwungen werden, solche Modelle anzubieten; auch für die Patienten besteht keine Verpflichtung, einem Managed Care-Modell beizutreten – hingegen sollen sie durch Rabatte und Rückvergütungen dazu bewegt werden.

### Eine Büchse der Pandora

Die FMH zählt rund 15'000 Mitglieder mit Praxistätigkeit. Hinzu kommen Tausende von Praktizierenden anderer Berufsgruppen, so dass schliesslich weit über 20'000 Leistungserbringer von den Änderungen im KVG betroffen sein dürften.

Auf der Seite der Versicherer ist festzuhalten, dass die acht grössten Krankenkassen über 80% der Bevölkerung versichern. Durch das gesetzliche Obligatorium der Krankenversicherung haben weder Patienten noch Leistungserbringer die Möglichkeit, aus dem System auszubrechen.

Der extrem atomisierten Seite der Leistungsanbieter, deren Organisationen zudem durch das Kartellgesetz weitgehend die Hände gebunden sind, steht also bereits heute ein Oligopol der Kassen gegenüber. Wie Bundesrat und Parlament die Neigung verspüren können, in dieser Situation noch zusätzlich und in umfassendem Mass Macht zu übertragen, bleibt ein Geheimnis.

Die Ärzteschaft wird gut daran tun, sich bereits heute mit dem Gedanken anzufreunden, in nächster Zukunft ein Referendum zu ergreifen und durchzuführen.

### Manipulation

Im «Erläuternden Bericht» zum Teil «Managed Care» der Teilrevision KVG steht folgendes zu lesen:

*«Es soll nicht mehr von Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gesprochen, sondern der Begriff 'integriertes Versorgungsmodell' verwendet werden. Diese sprachliche Umformulierung soll vermehrt die besondere Art der medizinischen Versorgung in den Vordergrund stellen.»*

Was hier aus Expertenmund empfohlen und dann auch prompt im ganzen Bericht umgesetzt wird, ist nicht eine «sprachliche Umformulierung», sondern Manipulation der übelsten Art – der das Parlament voraussichtlich mit Vergnügen folgen wird. Unter einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer kann sich der Versicherte etwas vorstellen. Unter einem integrierten Versorgungsmodell aber nicht – ausser, dass es gut tönt.

Was hier so vermeintlich harmlos in einem erläuternden Bericht der Eidgenossenschaft daherkommt, ist ein trauriges Beispiel der Verlüderung der politischen Sitten und eine Geringschätzung der mündigen Bürgerin und des mündigen Bürgers.

Peter Jäger,  
Presse- und Informationsdienst,  
Thomas Eichenberger, Sekretär



Referendum ergreifen und durchfechten? Der BEKAG-Vorstand bereitet sich vor.

## Gewährung der Nothilfe bei Ausschluss aus der Asylfürsorge

Umsetzung des Entlastungsprogramms 2003 des Bundes im Asylbereich  
durch den Kanton Bern



Anton J. Seiler,  
Kantonsarzt

Im Dezember 2003 hat das Eidgenössische Parlament im Rahmen des Entlastungsprogramms 2003 Gesetzesänderungen verabschiedet, gemäss denen Personen, auf deren Asylgesuch nicht eingetreten wird, von der Asylfürsorge ausgeschlossen werden. Die Nichteintretensverfahren sollen bereits in den Empfangsstellen des Bundes abgeschlossen werden. Die Betroffenen haben ab diesem Zeitpunkt den Status von

illegal anwesenden Ausländerinnen und Ausländern. Deshalb erfolgt keine Zuweisung an einen Kanton zur Unterbringung und Versorgung. Personen mit Nichteintretensentscheid werden aus den Empfangsstellen weggewiesen und aufgefordert, die Schweiz selbständig zu verlassen.

Die Kantone sind gehalten, den Personen mit Nichteintretensentscheid keine Unterstützung mehr zu leisten, um sie zur selbständigen Ausreise zu bewegen. Gleichzeitig bezahlt der Bund in diesen Fällen keine Fürsorgelder mehr. Da aber die Bundesverfassung ein Grundrecht auf Hilfe in Notlagen garantiert, werden die Kantone in gewissen Fällen Nothilfe leisten müssen.

Am 5. Mai 2004 wurde die Verordnung über die Gewährung der Nothilfe bei Ausschluss aus der Asylfürsorge als Umsetzung des Entlastungsprogramms des Bundes im Asylbereich durch den Kanton Bern verabschiedet und ist seit dem 10. Mai 2004 in Kraft.

### Sitzungen der Präsidenten der Ärztlichen Bezirksvereine

3. März 2005

2. Juni 2005

24. November 2005

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

Mit freundlichen Grüssen  
Dr. med. M. Stampfli

### Das Wesentliche betreffend die medizinische Versorgung von Personen mit Nichteintretensentscheid in Kürze und Auszug aus dieser Verordnung:

1. Die Personen mit Nichteintretensentscheid können einzig beim Amt für Migration und Personenbestand, Migrationsdienst, Eigerstrasse 73 in Bern um Nothilfe ersuchen (nicht in einer Gemeinde).
2. Diese Nothilfe wird in einer kollektiven Unterkunft gewährt. Die medizinische Notfallversorgung der Personen mit Nichteintretensentscheid wird von durch das Kantonsarztamt für diese Unterkunft bezeichneten Ärztinnen und Ärzten sichergestellt.
3. Die Kosten für die medizinische Versorgung von Personen mit Nichteintretensentscheid (PNEE), die nicht im Rahmen gemäss Ziffer 2 erfolgt, werden weder von der Gemeinde noch vom Amt für Migration und Personenbestand übernommen. Ausgenommen sind Fälle, in denen ein dringlicher medizinischer Handlungsbedarf gegeben ist. Es muss sich um einen medizinischen Notfall im eigentlichen Sinne des Wortes handeln. Wo immer möglich ist aber vorher eine Kostengutsprache beim Migrationsdienst einzuholen. Die in solchen Ausnahmesituationen anfallenden Kosten können dem Amt für Migration und Personenbestand, Migrationsdienst, Eigerstrasse 73, 3011 Bern, in Rechnung gestellt werden.
4. Für allfällige Fragen wenden Sie sich bitte an den kantonalen PNEE-Koordinator:  
Telefon-Nummer: 031 633 48 08