

Ordentliche Ärztekammer vom 4./5. Mai 2001 in Locarno

Bericht und Beschlüsse

François-Xavier Deschenaux, Generalsekretär der FMH

Die diesjährige ordentliche Ärztekammer hat, auf Einladung des Ordine dei Medici del Cantone Ticino, der damit ein Zeichen in diesem Jahr des 100jährigen Bestehens der FMH setzen wollte, in Locarno stattgefunden. Die Sitzung erstreckte sich über 1½ Tage, wobei der erste Halbtag den statutarischen Geschäften und der Weiterbildung, der ganze zweite Tag dem TARMED gewidmet war.

Der vorliegende Bericht behandelt die Verhandlungen und Beschlüsse in der Reihenfolge der Traktandenliste.

1. Begrüssung, Bestellung des Büros und Mitteilungen

Die Sitzung wird um 13.10 Uhr eröffnet, nachdem das Quorum von 100 Delegierten bereits bei weitem erreicht ist.

Die vom Präsidenten vorgeschlagenen Stimmzähler für den 1. Sitzungstag (Dr. Ernst Gähler, Frau Dr. Brigitte Saner-von Burg, Dr. Henri Bounameaux und Dr. Donat Marugg) werden stillschweigend genehmigt. Für den zweiten Sitzungstag sind es die eingangs vom Präsidenten vorgeschlagenen und stillschweigend genehmigten Stimmzähler Dres. Ulrich Oswald, Jacques de Haller, Valentin Audétat und Heiner Meier.

2. Jahresbericht der FMH für das Jahr 2000

Der Jahresbericht, erstellt vom Präsidenten der FMH, den Ressortverantwortlichen im Zentralvorstand, dem Generalsekretär und den verschiedenen Abteilungsleitern im Generalsekretariat, ist in der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ) Nr. 17 vom 25. April 2001 abgedruckt worden.

Nachdem *der Generalsekretär* erwähnt hat, dass bei der Übersicht der Neuverteilung der Ressorts im Zentralvorstand leider dasjenige von Dr. Ludwig T. Heuss, «Jungärzte/Medical Workforce» fehlte, wird das Wort den Delegierten erteilt. Das Wort wird nicht verlangt, und *der Jahresbericht* wird einstimmig *angenommen*.

3. Jahresrechnung 2000 der FMH

3.1 Genehmigung

Der Generalsekretär erteilt zu Beginn einige Erläuterungen zur Bilanz und Erfolgsrechnung 2000 der FMH. Die Bilanzsumme beträgt Fr. 10 447 018.34, das Eigenkapital beträgt nach Erhöhung durch den realisierten Ertragsüberschuss von Fr. 144 296.62 neu Fr. 4 595 170.31. Dank eines positiven Rechnungsergebnisses war es möglich, beträchtliche Rückstellungen für künftige Ausgaben zu bilden.

Einem anlässlich der ordentlichen Ärztekammer im Juni 2000 genehmigten Antrag von Dr. Streit folgend, erläutert *der Generalsekretär* mit Hilfe von Projektionsfolien verschiedene Aussagen, die uns die Kostenrechnung liefert, beispielsweise, wie sich die Erträge und Aufwände des FMH-Haushalts auf die verschiedenen Kostenstellen verteilen. Er liefert ebenfalls einen Überblick über das beschäftigte Personal, die Personaleinheiten pro Kostenstelle sowie über das Verhältnis der Lohnsumme zu den Gesamtausgaben der FMH (42,44% bei insgesamt 43,65 Stelleneinheiten, was 30 Vollzeit- und 27 Teilzeitangestellten entspricht). Eine der Grafiken zeigt die Personalentwicklung in den Jahren 1995–2000.

In Beantwortung der von *Dr. Jürg Schlup*, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, und Frau *Dr. Silva Keberle (SGIM)* schriftlich eingereichten Fragen folgen Angaben über die Ausgaben der FMH im Jahr 2000 für TARMED, das HIN (Health-Info-Net), die Praxisassistenten sowie die Entwicklung der Abonnentenzahlen beim HIN. *Dr. Georg von Below* gibt seinerseits noch weitere Informationen zum HIN und präsentiert auf einer Grafik die erfreuliche Entwicklung der Teilnehmerzahlen beim HIN seit dem Ärztekammerbeschluss über den Sonderbeitrag HIN.

Was die Ausgaben der FMH für das HIN betrifft, beliefen sie sich im Jahr 2000 auf etwas mehr als 1,2 Mio. Franken. In diesem Zusammenhang erwähnt *der Präsident H. H. Brunner*, dass sich die FMH komplett aus der Aktiengesellschaft MediTrust AG zurückgezogen hat und die beteiligten Parteien, darunter auch die FMH, je ihren Anteil (Fr. 250 000.–) zurückerhalten haben. Das Projekt eines Transfers von gewissen Elementen des TARMED an den deutschen KBV hat insgesamt 4,8 Mio. DM gekostet, dies aufgrund beträchtlicher Investitionen, die vorgängig für die Durchführung eines Reengineerings geleistet werden mussten, um einen Ausstieg unserer deutschen Partner zu verhindern. Der FMH wurden im übrigen persönlich erbrachte Leistungen sowie besondere Aufwendungen im Zusammenhang mit diesem Projekt (Fr. 30 000.–) vergütet. Um gewissen Gerüchten ein Ende zu setzen, wird festgehalten, dass daneben in dieser Angelegenheit keine anderen Geldflüsse zu verzeichnen sind.

Im Namen der Delegierten bedankt sich *Frau Dr. S. Keberle* bei der Verwaltung für alle diese erteilten Erläuterungen (Applaus).

Die Finanzkommission, die mit ihren drei Vertretern vollzählig anwesend ist, wird eingeladen, allfällige Bemerkungen oder Beobachtungen ihrerseits abzugeben; sie verzichtet darauf, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Es ist deshalb die Reihe am Vertreter der Kontrollstelle der FMH, Martin Hollenstein, den schriftlichen Revisionsbericht zu bestätigen und den Delegierten die Annahme der Jahresrechnung 2000 zu beantragen.

Die Jahresrechnung 2000 der FMH, inbegriffen diejenigen des Hilfsfonds der FMH sowie des Fonds für die Förderung der Weiterbildung von Schweizer Ärzten in Entwicklungsländern, werden anschliessend einstimmig, bei einer Enthaltung, angenommen. (Zu diesem Zeitpunkt befinden sich 168 Delegierte im Saal.)

3.2 Déchargeerteilung

Dem Zentralvorstand wird danach für seine Verwaltung im abgelaufenen Geschäftsjahr einstimmig und ohne Enthaltungen die *Décharge erteilt*.

4. Budget 2002 der FMH und Festsetzung des Mitgliederbeitrags 2002

Mit einem *Antrag Nr. 1* zu diesem Traktandum verlangt *Dr. Richard Urscheler (SG)*, dass die Sponsoren der TV-Sendung «Gesundheit-Sprechstunde» offengelegt werden, das Co-Patronat der FMH zu dieser Sendung unter dem Gesichtspunkt der Imagewerbung überprüft und der Zentralvorstand (nachfolgend: ZV) über diese Evaluation in der ihm richtig erscheinenden Art und Weise in der SÄZ oder an der nächsten Ärztekammersitzung informieren wird. Namens des ZV erklärt sich *Dr. H. H. Brunner* bereit, eine solche kritische Überprüfung durchzuführen, darüber offen mit den Verantwortlichen der Sendung zu sprechen und, je nachdem, die angemessenen Massnahmen zu treffen. *Der Generalsekretär* präzisiert, dass der Vertrag respektiert werden wird, welcher uns verbietet, über die darin enthaltenen Bestimmungen und insbesondere über die Identität der Sponsoren Auskunft zu geben. Andererseits signalisiert er, dass ein ärztlicher Beirat aus drei Mitgliedern unter Leitung des FMH-Präsidenten ab jetzt daran interessiert sein müsse, Streitigkeiten im Zusammenhang mit diesen Sendungen zu behandeln. Die antragstellende Gesellschaft erklärt sich von diesen Erläuterungen und Zusicherungen befriedigt.

Das Budget der FMH für das Jahr 2002 beläuft sich auf total 18,3 Mio. Franken. Es fusst auf einem unveränderten Zentralbeitrag von Fr. 480.– für die Beitragskategorien 1 und 2, von Fr. 240.– für die Beitragskategorien 3 und 4 und von Fr. 120.– für die Beitragskategorien 5 und 6. Der budgetierte Ertragsüberschuss beträgt Fr. 2,090 Mio. Weshalb ein so hoher Betrag? Der Generalsekretär erklärt, dass das Budget von der Annahme ausgeht, dass die Bilateralen Verträge mit der EU auf den Beginn des kommenden Jahres in Kraft treten und damit gleichzeitig auch das neue Freizügigkeitsgesetz in Kraft tritt.

Ebenfalls von diesem Zeitpunkt an wird unsere Abteilung Weiterbildung ihre Aufgaben für die gesamte Ärzteschaft in der Schweiz, ob FMH-Mitglied oder nicht, wahrnehmen. Die Abteilung wird als Cost-Center geführt werden, deren Administration durch und durch transparent sein muss und deren Finanzierung mittels Gebühren, welche von den Betroffenen zu leisten sind, und die aufgrund der effektiven Kosten kalkuliert werden, zu gewährleisten ist. Dies wird unter anderem bedeuten, dass sich die Gebühren für den ersten Facharzttitel auf Fr. 4000.– belaufen werden. Die Mitglieder der FMH werden in den Genuss von substantiellen Reduktionen von maximal Fr. 2000.– kommen, d.h. Fr. 200.– pro Jahr für die Fachärzte/-ärztinnen, die bei Erhalt des Titels bereits während 5 Jahren Mitglied der FMH waren, und Fr. 200.– pro Jahr für diejenigen Fachärzte/-ärztinnen, die während 5 Jahren nach der Titelerteilung FMH-Mitglieder bleiben. Diese Grosszügigkeit gegenüber dem ärztlichen Nachwuchs wie auch die beträchtlichen Investitionen verlangen die Bildung von bedeutenden Reserven, womit sich die Höhe der Gewinne erklärt, die in den ersten Jahren unter der neuen Ordnung realisiert werden müssen.

Namens des VSAO erklärt *Dr. Tobias Ehmann*, dass seine delegierende Gesellschaft der Idee, die Abteilung Weiterbildung als Cost-Center zu führen, zustimme, aber vom ZV verlange, dass er für eine bessere Transparenz der Kosten Sorge und Sparmassnahmen prüfe, bevor man eine solche Erhöhung akzeptiere, da ihrer Ansicht nach das finanzielle Opfer, das hier von der Nachfolgegeneration verlangt wird, ein sehr hohes sei. *Der Präsident* zeigt für diese Sorgen Verständnis, muss aber festhalten, dass wir uns für den Augenblick nur auf Schätzungen stützen können, die aufgrund der Erfahrungen, die man machen wird, zu überprüfen sein werden; die Solidarität zwischen den Generationen drückt sich darin aus, dass man einen Teil des Gesamtbudgets für die Aktivitäten der Abteilung Weiterbildung abzweigt (Erläuterungen und diesbezügliche Projektionsfolien werden im späteren Verlauf der Verhandlungen folgen). Namens des ZV akzeptiert *der Präsident* den Antrag des VSAO in dem Sinne, dass man anlässlich der Präsentation der Jahresrechnung genügend Zeit einräumen werde, um die sich im ersten Jahr unter der neuen Ordnung ergebenden Zahlen zu analysieren und um die verlangte Transparenz zu gewährleisten.

Es folgt der *Antrag des ZV Nr. 2 zum Traktandum Nr. 4* betreffend der Festlegung der Mitgliederbeiträge, wie sie weiter oben, geltend für die Beitragskategorien 1–6, bereits erwähnt wurden.

Der Antrag des ZV wird einstimmig, ohne Enthaltungen, *angenommen*.

Es folgt der *Antrag des ZV Nr. 3* zu Traktandum Nr. 4 betreffend *Sonderbeitrag für die Aktion HIN-Basisabonnement für alle FMH-Mitglieder*.

Der Präsident unterstreicht die entscheidende Wichtigkeit des HIN als Informationsschiene für die Ärzteschaft. Der Aufbau dieses Netzwerkes braucht Zeit und Geld. Deshalb benötigen wir diesen Sonderbeitrag, welcher im übrigen von der Ärztekammer im

vergangenen Jahr grundsätzlich genehmigt worden ist. Ebenfalls bewusst sind wir uns der Tatsache, dass es noch Lücken zu schliessen gibt, um die von uns gehegten Ambitionen in Sachen Information nach innen wie nach aussen noch verstärken zu können. *Dr. G. von Below* präzisiert, dass mit 3500 Teilnehmern am HIN die Ärzteschaft bereits mit einem stetig wachsenden und bemerkenswerten Ausmass mit dazu beiträgt. Die mit dem HIN-Basisabonnement bereits verbundenen Dienstleistungen bestehen vor allem in einem Sicherheitszertifikat, welches den Austausch von vertraulichen Informationen (E-mail, Verbindung zu Datenbanken zwischen Arztkolleginnen und -kollegen, Spitälern und Laboratorien, usw.) sowie den Zugang zu elektronischen Daten in sog. Closed User Groups für Ärztinnen und Ärzte, die verschiedenen Gruppierungen angehören, insbesondere Fach- oder Kantonalen Gesellschaften, die in der Ärztekammer vertreten sind, ermöglicht. Demgegenüber können technische Leistungen, verbunden mit einem Webauftritt von Gesellschaften oder Einzelmitgliedern, nicht in diesem Vorzugspreis für das Abonnement enthalten sein; ein Ausbau der Leistungen hinsichtlich eines Content-Managements sollte unseren Mitglieder ab kommendem Jahr angeboten werden können.

Seitens des VSAO meldet sich *Dr. Peter Studer Jaunet* zu Wort und weist darauf hin, dass der VSAO nicht mehr allzu lange bereit ist, einen Sonderbeitrag für ein proprietäres System zu leisten. Nachdem *der Präsident* unterstrichen hat, dass es gerade in der Natur von Sonderbeiträgen liegt, dass sie nur während einer beschränkten Zeit und eindeutig einem ganz bestimmten Zweck dienend (hier: Angebot eines qualitativ hochstehenden Sicherheitssystems) erhoben werden, kann man zur Abstimmung schreiten. *Der Sonderbeitrag von Fr. 50.- für das HIN* wird mit 127 Stimmen, bei 17 Gegenstimmen und 15 Enthaltungen, *angenommen*. Er wird für die Beitragskategorien 1, 2, 3 und 4 erhoben.

Es folgt die Beschlussfassung über den *Antrag des ZV Nr. 4 zu Traktandum Nr. 4* betreffend *Sonderbeitrag für die Praxisassistenten* von Fr. 25.- für Mitglieder der Beitragskategorien 1, 2, 3 und 4. Dieser *Antrag* wird einstimmig, ohne Gegenstimmen, aber mit 23 Enthaltungen, *angenommen*.

Anschliessend wird die Finanzierungsfrage der weiteren Aufgaben in Zusammenhang mit TARMED behandelt. Mit seinem *Antrag Nr. 5 zu Traktandum Nr. 4* hatte der ZV der Ärztekammer ursprünglich einen *Sonderbeitrag von Fr. 20.-* zu Lasten der Beitragskategorien 1, 2, 3 und 4 beantragt, sofern sich die Kammer für die Einführung des TARMED ausspricht. Der Betrag dient der Finanzierung von bis ins Jahr 2002 hineinreichenden Arbeiten.

Mit einem separaten *Antrag Nr. 6 zu Traktandum Nr. 4*, der jedoch in der Sache eng mit dem Vorangehenden verbunden ist und denselben Bedingungen unterliegt, ersucht der ZV die Ärztekammer um das Recht, einen *Sonderbeitrag von Fr. 10.-, gültig für alle Beitragskategorien*, zur Finanzierung der betreffenden TARMED durchzuführenden *Urabstimmung* zu erheben.

Dr. Reinhold Streit (BE) zeigt sich erstaunt darüber, dass man für eine statutarisch festgelegte Verpflichtung wie die Urabstimmung einen Sonderbeitrag verlangt. Die andere Lösung, so erwidert *Dr. H. H. Brunner*, hätte darin bestanden, diesen Betrag zum Zentralbeitrag zu schlagen, was man aus Gründen der Transparenz und Flexibilität nicht tun wollte. Im Laufe der Debatte wird ein Antrag von *Dr. Walter Grete (ZH)* eingereicht, der darauf abzielt, die Anträge Nr. 5 und Nr. 6 zu Traktandum 4 zusammenzulegen und einen Sonderbeitrag von Fr. 30.- zu verlangen. *Der Präsident* befragt die Kammer, ob sie diese Änderung, welche de facto darin besteht, für den TARMED, inklusive einer allfälligen Urabstimmung, einen Sonderbeitrag von Fr. 30.- zu erheben, einverstanden ist. Dieser letztere Antrag wird *mit deutlicher Mehrheit*, bei 7 Gegenstimmen und 7 Enthaltungen, *angenommen*.

Der Präsident dankt zum Abschluss dieses Traktandums den Delegierten für das Vertrauen gegenüber dem ZV und wiederholt, dass der ZV willens sei, über die Verwendung der der Verwaltung zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel grösstmögliche Transparenz zu schaffen.

5. Wahlen für die Amtsperiode 2000–2003

5.1 Bestätigungswahl des Präsidenten

des Schweizerischen Ärztlichen Ehrenrates

Die Ärztekammer bestätigt stillschweigend *Dr. Sergio Luisoli (TI)* im Amt des Präsidenten des Schweizerischen Ärztlichen Ehrenrates für den Rest der laufenden Amtsperiode.

5.2 Bestätigungswahl der Kontrollstelle

Die Ärztekammer bestätigt stillschweigend die Treuhandfirma *PriceWaterhouseCoopers* in der Funktion als Kontrollstelle der FMH für den Rest der laufenden Amtsperiode.

6. Weiterbildung

6.1 Die bilateralen Verträge mit der EU und das Freizügigkeitsgesetz (FMPG): Die Folgen für die FMH im Bereich Weiter- und Fortbildung

Dieses Traktandum wird mit Erläuterungen des verantwortlichen Leiters des ZV-Ressorts Aus-, Weiter- und Fortbildung (nachfolgend: AWF), *Dr. Max Giger*, eröffnet. Er erinnert an die bevorstehende Inkraftsetzung der Bilateralen Verträge zwischen der Schweiz und der Europäischen Union (grundsätzlich auf den 1. Januar 2002) und, damit einhergehend, des Freizügigkeitsgesetzes. Folge davon wird sein, dass die eidg. Arztdiplome von diesem Zeitpunkt an in allen EU-Ländern zur Ausübung einer Tätigkeit im Angestelltenverhältnis anerkannt sein werden.

Die Weiterbildungsordnung (nachstehend: WBO) ihrerseits wird nach wie vor zur Anwendung kommen, die administrative Durchführung ihrer Bestimmungen wird nach wie vor, aufgrund einer entspre-

chenden Akkreditierung durch die Eidgenossenschaft, der FMH obliegen, neu jedoch auf sämtliche Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, Mitglieder oder Nichtmitglieder der FMH, ausgedehnt. Die Kosten der Weiterbildung werden von den Personen, die sich eine solche Weiterbildung anzueignen wünschen, getragen werden müssen.

In der Schweiz werden die von der Eidgenossenschaft erteilten eidg. Arztdiplome und die Facharzt-titel, welche gemeinsam vom Präsidenten der FMH und vom Direktor des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) unterzeichnet werden, an die Kantone weitergeleitet, in deren Kompetenz die Erteilung der Praxisausübungsbewilligungen bleibt. Künftig werden die in der Schweiz erteilten Facharzt-titel in den Staaten der EU anerkannt werden.

Zu beachten ist, dass die Ausweise über Schwerpunkte sowie die Fähigkeits- und Fertigkeitensausweise von dieser neuen Ordnung nicht betroffen sind und ausschliesslich den Mitgliedern der FMH vorbehalten bleiben.

Die anerkannten Weiterbildungsstätten (Universitätsspitäler und -institute, andere Spitäler, Arztpraxen, welche Assistenten weiterbilden) ihrerseits sind aufgefordert, bis Ende 2002 ein Konzept über die Weiterbildung vorzulegen und anzugeben, in welchen Strukturen und nach welchen Regelungen sie ihren Assistenten eine Weiterbildung anbieten, d.h. sie sind zur Gewährleistung von Qualitätskriterien verpflichtet, welche für ihre Anerkennung massgebend sein werden. Es wird ein kombiniertes System von Anstellungs- und Weiterbildungsverträgen ins Auge gefasst, wobei die FMH zusammen mit den medizinischen Fachgesellschaften (nachfolgend: FG) auf die Koordination auf regionaler und gesamtschweizerischer Ebene achtet.

Konkret wird die Weiterbildung durch die Assistenten auf zwei Arten sichergestellt: einerseits durch die Arbeit der Assistenten in den Weiterbildungsstrukturen, andererseits durch finanzielle Ressourcen, sei dies seitens des Bundes, der Spitäler oder der Ärztinnen und Ärzte selber oder ihrer Berufsorganisation. Bekanntlich hat die FMH bis heute den Bereich der Weiterbildung mit durchschnittlich 4 Mio. Franken pro Jahr unterstützt. Das von der Ärztekammer eben angenommene Budget sieht für 2002 noch Unterstützungsbeiträge vor (Beteiligung in der Höhe von 1,2 Mio. Franken an den Kosten der Abteilung AWF, Sonderbeitrag Praxisassistenten, «Vor»- und «Nach»-Diplom-Vergünstigungen für die Nachfolgegeneration der Ärzte, Finanzierung von verschiedenen Kursen, Gebühren, usw.). Sobald einmal die TARMED-Peripe-tien hinter uns liegen, müssen die drei kommenden Jahre dafür eingesetzt werden, die Strukturen zur Gewährleistung dieses anspruchsvollen Weiter- und Fortbildungsprogramms auf die Beine zu stellen.

Der Redner projiziert abschliessend – und beantwortet damit gleichzeitig die von Frau Dr. Anouk Imhof (VSAO) während der Diskussion vor der Abstimmung gestellte Frage – einige mit Zahlen unterlegte Einzelheiten über die vorgesehenen Gesamtausgaben der Abteilung AWF (Fr. 4,4 Mio.) für 2002

und die damit gerechtfertigte Gebühr von Fr. 4000.– für den ersten Facharzt-titel. Bezüglich der von Frau Dr. Mitsuko Kondo Oestreicher (VSAO) geäußerte Befürchtung, wonach der Betrag von Fr. 4000.– für einen Titel zu einem Arzttourismus verleiten werde, zeigt sich Dr. M. Giger überzeugt, dass die Schaffung eines Solidaritätsvertrages zwischen den in der FMH organisierten Arztgenerationen darauf die beste aller Antworten sein werde.

Es kommt anschliessend zur Abstimmung über den Antrag des ZV zu Traktandum 6.1 betreffend einer Rückzahlung bzw. Reduktion von Mitgliederbeiträgen von bis zu Fr. 200.–/Jahr für Ärztinnen und Ärzte, die bei der Erteilung des Eidg. Facharzt-titels bereits Mitglied der FMH sind (max. 5 Jahren) bzw. dies auch nach der Titelerteilung bleiben (max. 5 Jahre). Der Antrag wird mit klarer Mehrheit, bei 3 Gegenstimmen und 10 Enthaltungen, angenommen.

6.2 Neuordnung der Facharzt-titel

6.2.1 Revisionen von Facharzt-titeln

Dr. M. Giger informiert die Delegierten, dass im folgenden nur über Titel diskutiert wird, bei denen es in den zuständigen Vorgremien, wie der Kommission für Weiter- und Fortbildung (nachfolgend: KWFB) oder der Präsidentenkonferenz, zu Einwänden gekommen ist. Alle übrigen Titel würden ohne weitere Formalitäten angenommen.

Im folgenden stellt nur der Pt. 6.2.1 Handchirurgie ein Problem dar. Die Kontroverse besteht zwischen denjenigen, welche, wie die Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie, einen Haupttitel, gebunden an den Besitz eines Facharzt-titels in einer der vier chirurgischen Disziplinen schaffen, und den anderen, welche nur einen Schwerpunkt möchten, den man auf der Grundlage eines Facharzt-titels in Chirurgie, in Orthopädischer Chirurgie, in Plastischer und Wiederherstellungschirurgie oder in Kinderchirurgie erlangen könnte. Letzteres hatte sowohl in der KWFB als auch in der Präsidentenkonferenz breite Zustimmung gefunden.

In einem Plädoyer zugunsten eines Titels (Doppeltitel, gebunden an den Besitz eines anderen chirurgischen Titels) ruft der Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Handchirurgie, Dr. Beat Simmen, die Argumente in Erinnerung, die in seinen Augen für die Schaffung eines Facharzt-titels sprechen, unter anderem die Vereinbarkeit der von der Fachgesellschaft vorgezogenen Lösung mit der WBO, die grosse Anzahl an betroffenen Ärztinnen und Ärzten, die Autonomie der Disziplin, die Stärke ihrer Position sowohl auf nationaler wie internationaler Ebene, ihre Wichtigkeit aus ökonomischer Sicht (15 000 Patientinnen und Patienten pro Jahr in der Schweiz), die Anzahl an Weiterbildungsstellen.

Prof. Ferenc Follath (SGIM) fordert, ohne die Argumente seines Vorredners in Frage zu stellen, dass man vorgängig die neue Interpretation der WBO überprüft, d.h. die Einführung einer neuen Kategorie von Facharzt-titeln, die man nur unter der Voraussetzung erlangen kann, wenn man bereits im Besitz

eines anderen Facharztstitels ist. Im vergangenen Jahr hatte die Ärztekammer beschlossen, dass so etwas nicht möglich ist (Neuroradiologie, Intensivmedizin, usw.). Dr. M. Giger verlässt sich erneut auf das Urteil der Ärztekammer, indem er nochmals erläutert, dass eine Entscheidung in jedem Falle unbedingt im Kontext mit dem Freizügigkeitsgesetz und der für die Bilateralen Verträge gültigen Liste getroffen werden muss. Nach einer Replik von Dr. B. Simmen und weiteren Erklärungen von Fürspr. Ch. Hänggeli kommt man zur *Abstimmung: Die Ärztekammer spricht sich mit 111 Stimmen zu 46 Stimmen (für die Schaffung eines Facharztstitels) sowie 6 Enthaltungen zugunsten der Schaffung eines Schwerpunktes aus.*

Es folgt Pt. 6.2.1.7 *Plastische und Wiederherstellungschirurgie*. Die Ärztekammer hat sich hier mit einem Antrag der FG zu befassen, die eine Namensänderung durch Hinzufügen von «und Ästhetische» verlangt und rechtfertigt, dass damit ihre Qualifikationen in diesem Bereich gegenüber der FMH, den Kolleginnen und Kollegen und der Öffentlichkeit klar festgehalten würden. Die Diskussion wird nicht verlangt, und der Präsident stellt fest, dass der Antrag *stillschweigend angenommen* worden ist.

Zu den übrigen Subtraktanden unter den Traktanden 6.2.1 «Revisionen von Facharztstiteln» und 6.2.2 «Schaffung von Schwerpunkten» wird die Diskussion nicht verlangt. Demzufolge sind die folgenden Anträge *stillschweigend genehmigt* worden:

6.2.1.1 *Angiologie*. Schaffung eines Facharztstitels FMH für Angiologie.

6.2.1.2 *Chirurgie*. Schaffung von Schwerpunkten in Allgemeiner Chirurgie, Gefässchirurgie, Thoraxchirurgie und Viszeralchirurgie zum Facharzttitel FMH für Chirurgie.

6.2.1.3 *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Verlängerung der Weiterbildungsdauer von 5 auf 6 Jahre.

Schaffung von Schwerpunkten in gynäkologischer Onkologie sowie in Geburtshilfe und feto-maternaler Medizin zum Facharzttitel FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe.

6.2.1.4 *Herz- und thorakale Gefässchirurgie*. Schaffung von Schwerpunkten in Gefässchirurgie und Thoraxchirurgie zum Facharzttitel FMH für Herz- und thorakale Gefässchirurgie.

6.2.1.5 *Intensivmedizin*. Schaffung eines Facharztstitels FMH für Intensivmedizin.

6.2.1.6 *Pathologie*. Schaffung von Schwerpunkten in Zytopathologie, Neuropathologie sowie Molekularpathologie zum Facharzttitel FMH für Pathologie.

6.2.1.8 *Rheumatologie*. Schaffung eines Facharztstitels FMH für Rheumatologie.

6.2.1.9 *Urologie*. Schaffung eines Schwerpunktes in Operativer Urologie zum Facharzttitel FMH für Urologie.

6.2.2 Schaffung von Schwerpunkten

6.2.2.1 *Allgemeine Chirurgie*. Schaffung eines Schwerpunktes in Allgemeiner Chirurgie zum Facharzttitel FMH für Chirurgie.

6.2.2.2 *Gefässchirurgie*. Schaffung eines Schwerpunktes in Gefässchirurgie zum Facharzttitel FMH für Chirurgie und zum Facharzttitel FMH für Herz- und thorakale Gefässchirurgie.

6.2.2.3 *Thoraxchirurgie*. Schaffung eines Schwerpunktes in Thoraxchirurgie zum Facharzttitel FMH für Chirurgie und zum Facharzttitel FMH für Herz- und thorakale Gefässchirurgie.

6.2.2.4 *Viszeralchirurgie*. Schaffung eines Schwerpunktes in Viszeraler Chirurgie zum Facharzttitel FMH für Chirurgie.

6.2.2.5 *Gynäkologische Onkologie*. Schaffung eines Schwerpunktes in Gynäkologischer Onkologie zum Facharzttitel FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe.

6.2.2.6 *Geburtshilfe und feto-maternale Medizin*. Schaffung eines Schwerpunktes in Geburtshilfe und feto-maternaler Medizin zum Facharzttitel FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe.

6.2.2.7 *Klinische Zytopathologie*. Schaffung eines Schwerpunktes in Klinischer Zytopathologie zum Facharzttitel FMH für Pathologie.

6.2.2.8 *Neuropathologie*. Schaffung eines Schwerpunktes in Neuropathologie zum Facharzttitel FMH für Pathologie.

6.2.2.9 *Molekularpathologie*. Schaffung eines Schwerpunktes in Molekularpathologie zum Facharzttitel FMH für Pathologie.

6.2.1.10. *Operative Urologie*. Schaffung eines Schwerpunktes in Operativer Urologie zum Facharzttitel FMH für Urologie.

6.2.3 Schaffung von Fähigkeitsausweisen

6.2.3.1 *Allergische Nasenkrankheiten (SGAI/SGORL)*. Sowohl FG wie KWFB beantragten hier die Schaffung eines Fähigkeitsausweises, besorgt darum, dass in diesem Bereich ein Minimum an Weiterbildung und somit die Qualität der Leistungen gewährleistet werde.

Namens des VSAO stellt Frau Dr. M. Kondo *Ostreicher* die Frage nach der Opportunität, einen zusätzlichen Titel zu schaffen, der sich hier in diesem Fähigkeitsausweis versteckt. Sie schlägt schliesslich sogar dessen Streichung vor.

Der Antrag zur Schaffung eines Fähigkeitsausweises für Allergische Nasenkrankheiten (SGAI/SGORL) kommt anschliessend zur Abstimmung und wird mit 85 gegen 55 Stimmer, bei 23 Enthaltungen *abgelehnt*.

6.2.3.2 *Phlebologie (USGG)*. Der Antrag auf Schaffung eines Fähigkeitsausweises für Phlebologie (USGG) wird *stillschweigend genehmigt*.

6.2.4 Aufhebung von Facharzttiteln

6.2.4.1 *Gynäkologische Zytologie*. Die Aufhebung des Facharztstitels FMH für Gynäkologische Zytologie wird *stillschweigend genehmigt*.

6.3 Statutenrevision

Die Kammer befasst sich anschliessend mit einigen vom ZV beantragten Änderungen in Statuten und Reglementen.

6.3.1 Streichung der Weiterbildungskonferenz (WBK) im Art. 30 Abs. 2 lit. I der FMH-Statuten

Die beantragte Streichung ist unbestritten und wird *stillschweigend genehmigt*.

6.3.2 Neue Zusammensetzung der Kommission für Weiter- und Fortbildung (KWFB)

Der ZV beantragt, die aktuell 2 Personen umfassende Vertretung der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission (SMIFK) durch 5 Vertreter der Medizinischen Fakultäten der Schweiz zu ersetzen, dementsprechend auch den KWFB-Ausschuss zu erweitern sowie das KWFB-Reglement im Art. 41 Abs. 1 lit. b abzuändern.

Auch dieser Antrag ist unbestritten und wird ebenfalls *stillschweigend genehmigt*.

6.3.3 Ersetzen von «... des Aufsichtsrates der FMH für Belange der Medizinischen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten» in Art. 49 Abs. 2 lit. i der FMH-Statuten

Der ZV beantragt, den oben erwähnten Wortlaut zu ersetzen durch «... der Delegierten für Fragen der Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA)». Er folgt damit einer von Dr. Michel Marchev (BE), Präsident für die Belange der Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA), während der Sitzung formulierten Präzisierung.

Die Ärztekammer *genehmigt* den präzisierten Antrag ohne Einspruch und *stillschweigend*.

6.3.4 Änderung des Namens der FMH (Art. 1 FMH-Statuten)

Aus rein formellen Gründen, die im Zusammenhang mit der Eintragung der FMH ins Schweizerische Handelsregister stehen, sind wir verpflichtet, den Namen der FMH so zu wählen, dass er in allen 4 Sprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch und Lateinisch) absolut gleich lautet, wobei davon ausgegangen wird, dass die in der deutschen Version verwendete Bezeichnung «Ärztinnen» in den Bezeichnungen «médecins», «medici» und «medicorum» enthalten ist.

Dementsprechend soll Abs. 1 in Art. 1 der Statuten der FMH wie folgt lauten:

«Art. 1 Name und Sitz

Unter dem Namen «FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte», «FMH Fédération des médecins suisses», «FMH Federazione dei Medici Svizzeri», «FMH Foederatio Medicorum Helveticorum» besteht ein schweizerischer Ärzteverein im Sinne von Art. 60ff des Schweizerischen Zivilgesetzbuches.»

Die Ärztekammer *genehmigt* den Wortlaut dieses Antrages *stillschweigend*, ohne Einspruch.

7. TARMED

Die Sitzung vom Samstag, 5. Mai, wird um 8.10 Uhr mit einer Intervention von Dr. Niklaus Hasler (ZH) eröffnet, welcher in sehr heftiger Weise dem Generalsekretär der FMS, Rechtsanwalt François Bernath,

dessen Erscheinen und dessen Äusserungen in der Sendung «10 vor 10» des Deutschschweizer Fernsehens vom Vorabend vorwirft und sich über diesen Bruch des bis anhin respektierten medialen Waffenstillstands beklagt; er wird von einer starken Mehrheit der Anwesenden lautstark unterstützt. Die Erklärungen von RA Bernath, wonach er Mühe gehabt habe, dem Drängen der Journalisten zu widerstehen, genügen nicht, den Aufruhr zu beschwichtigen.

Ein offener Brief der Schweizerischen Physiotherapeutischen Gesellschaft an den Präsidenten der FMH, durch ihn an sämtliche Ärztekammerdelegierte weitergeleitet, ist von der FMS vor der Sitzung allen Delegierten ausgehändigt worden. Die Autoren dieses Briefes appellieren an die Delegierten, sich das den Physiotherapeuten widerfahrene tarifarische Unglück vor Augen zu halten und sich in acht zu nehmen, dass mit ihnen nicht dasselbe geschieht. Der Präsident H. H. Brunner versichert den Delegierten, dass die FMH viel aus den unglücklichen Erfahrungen der Physiotherapeuten gelernt hat und dadurch entsprechend aufmerksamer geworden ist.

Danach kann man das Traktandum angehen, obwohl als erste Intervention Prof. R. Tscholl, Präsident der FMS, mit seinem Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 7 Nichteintreten beantragt. Der Antragsteller macht geltend, dass die TARMED-Version 1.0 keinerlei Garantie für einen auf betriebswirtschaftlicher Basis gerechneten Tarif geben könne. Man könne seiner Meinung nach auch nicht sagen, das erklärte Ziel eines Einkommensausgleiches zwischen den verschiedenen Fachgesellschaften sei erreicht worden, weil die Differenzen vor allem ausserhalb des Sozialversicherungsbereiches festzustellen seien. Der TARMED sei zum Mittel der Kosteneindämmung umfunktioniert worden, was nicht seine Rolle sein könne. Die FMS verlange für den Moment Nichteintreten, da seit der ausserordentlichen Ärztekammer vom 12. April 2001 nichts Konkretes geschehen sei. Dieser Antrag auf Nichteintreten dürfe aber nicht als Ablehnung verstanden werden, sondern sei einzig dadurch begründet, dass man nach durchgeführtem Reengineering (nachfolgend: RE) über eine Version verfüge, die einen konkret feststellen lasse, über was man abstimmen werde. Das Motto «Wir beginnen mal, korrigieren können wir dann immer noch» sei hier fehl am Platz.

Die Argumentation des FMS-Präsidenten findet Unterstützung durch Dr. Bernard Burri (SVBP), der aufgrund des noch nicht abgeschlossenen Gutachtens von Prof. Neubauer für Vorsicht plädiert, solange es in der TARMED Version 1.0 noch Dinge zu überprüfen gibt. Dr. Beat Meister (Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation SGAR) greift auf das anlässlich der vorangegangenen a.o. Ärztekammer gezeichnete Bild der TARMED-Titanic zurück und beschwört die Delegierten, indem er auf die Einkommenseinbussen von teilweise mehr als 60% für gewisse Eingriffe hinweist, nicht die Katze im Sack zu kaufen und deshalb nicht auf das Geschäft einzutreten.

Kurz, aber mit grosser Entschlossenheit, spricht sich *Dr. Jean-Pierre Grob (SO)* dafür aus, dass man hier nicht mehr Zeit verliert, sondern den Antrag der FMS zur Abstimmung bringt. *In der anschliessenden Abstimmung wird der Antrag der FMS mit 123 gegen 12 Stimmen und 17 Enthaltungen abgelehnt.*

Der *Präsident H. H. Brunner* erlaubt sich, die Ausgangslage kurz zu kommentieren. Er hält fest, dass es sich hier um ein Problem von ausserordentlicher Komplexität handelt, was die Notwendigkeit eines RE erklärt. Es wäre seiner Meinung nach ein Fehler, die Signale eines möglichen staatlichen Eingreifens (Bundesrat, Parlament, Dringlicher Bundesbeschluss [dBB]), falls die Partner zu keiner Einigung gelangen sollten, zu bagatellisieren. Im Falle eines dBB müsste man sich sowohl von einem RE als auch einem Taxpunktwert (nachfolgend: TPW) von Fr. 1.– definitiv verabschieden. Die Frage von *Dr. Blaise Bourrit (GE)* wird damit beantwortet, dass das grösste Hindernis die Kostenneutralität sei, die in sich selbst einen Widerspruch zu einem betriebswirtschaftlich gerechneten Tarif darstelle. Das KVG, mit welchem man alles und das Gegenteil rechtfertigen kann, biete hier kaum Hilfe; was bleibe, sei die Politik der kleinen Schritte. TARMED habe unter gewaltigen politischen Druckversuchen gelitten, erst in den letzten 6 bis 8 Monaten hätten sich die Dinge etwas gelockert und die FMH sei nicht mehr die einzige, die von der Notwendigkeit eines RE überzeugt sei. Bezüglich der Schere von +/- 10% für die Vergütungen der Leistungen, so stellt *Dr. H. H. Brunner* fest, sei das Postulat im «Blauen Tarif» bereits weitgehend realisiert worden. Er gibt den Anwesenden zu beachten, dass es gefährlich sei, isolierte Vergleiche über diese oder jene Intervention anzustellen, da ein solches Vorgehen kaum der Realität der ärztlichen Praktik entspreche.

Schliesslich steigt man in die Verhandlungen über die Tarifstruktur gemäss Tagesordnung ein:

7.1 Version 1.0 TARMED-Tarifstruktur

Im Anschluss an die Erläuterungen des *Präsidenten*, *genehmigt* die Ärztekammer einstimmig den *Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 7.1*, vorgestellt durch *Dr. François Bossard (Schweizerische Gesellschaft für Radiologie SGR)*, wonach den Radiologen wie allen anderen Ärzten der Zugang zu den Grundleistungen unbeschränkt offenbleiben soll. Der *Präsident* präzisiert, dass er diesen Antrag in die Verhandlungsrunde aufnehmen wird, und zwar nicht nur für die Radiologen, sondern für die ganze Ärzteschaft.

Der *Antrag Nr. 2 zu Traktandum Nr. 7.1*, mit welchem die *Ärztegesellschaft des Kantons Jura* verlangt, dass Ziff. 14 der Generellen Interpretationen zum Tarif folgendermassen geändert werden soll: «*Die Dokumentation ist integraler Bestandteil der Leistung und mit dieser abzugelten; sie ist dem Vertrauensarzt (und nicht der Verwaltung der Versicherer) auf Verlangen kostenlos zuzustellen*», wird ohne Einspruch stillschweigend *genehmigt*.

Mit *Antrag Nr. 3 zu Traktandum Nr. 7.1* verlangt ebenfalls die *Ärztegesellschaft des Kantons Jura*, dass in Ziff. 36 der oben erwähnten Generellen Interpre-

tationen des Tarifs, bei den Entschädigungsbedingungen für eine bestimmte Leistungsposition, die Formulierung «*wenn die Wirksamkeit der Massnahme erwiesen ist*» gestrichen wird. Der *Präsident* seinerseits beantragt, dass man besser den ganzen Satz streichen und durch den Wortlaut der entsprechenden Bestimmung im KVG ersetzen soll. Dieser Antrag des *Präsidenten* wird einstimmig und stillschweigend *genehmigt*.

Es folgt eine Kontroverse über die delegierte Psychotherapie mit zwei Anträgen, die nicht in einem Antrag zusammengefasst werden können und deshalb einzeln behandelt werden müssen. Ein erster *Antrag Nr. 4 bis ad Traktandum Nr. 7.1* von *Dr. Jürg Pellaton (ZH)* verlangt, dass die Erwähnung der delegierten Psychotherapie aus der TARMED-Version 1.0 eliminiert wird. Der Antragsteller erinnert daran, dass die delegierte Psychotherapie zu einer Zeit eingeführt worden sei, in welcher es zu wenig Psychiater gegeben habe. In gewisser Weise habe man innerhalb des Arzttarifes Platz für Nicht-Ärzte geschaffen, was doch einigermaßen speziell sei. Namens der *Ärztegesellschaft des Kantons Zürich* sieht der Antragsteller heute keinen Grund mehr zur Aufrechterhaltung dieser Situation.

Der zweite *Antrag Nr. 4 zu Traktandum Nr. 7.1* von *Dr. J. de Haller (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM)* verlangt im Gegensatz dazu, im Kapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» vorzusehen, dass «der delegierende Facharzt berechtigt sein muss, zu Lasten der Sozialversicherungen zu praktizieren».

Die *Abstimmung* erfolgt in zwei Stufen. Der *Antrag von Dr. J. Pellaton* kommt zuerst zur Abstimmung: er wird mit 79 gegen 28 Stimmen und 46 Enthaltungen *abgelehnt*. Anschliessend wird der *Antrag von Dr. J. de Haller* den Delegierten zur Abstimmung unterbreitet: dieser Antrag wird mit 109 gegen 13 Stimmen und bei 34 Enthaltungen *angenommen*.

Gleich anschliessend wird der *Antrag Nr. 5 zu Traktandum Nr. 7.1* von *Dr. J. Pellaton (ZH)*, wonach im Punkt 5 der Allgemeinen Interpretationen präzisiert werden soll, dass «*Formalisierte Arbeitsunfähigkeitszeugnisse im Rahmen des UVG*» nur das UVG und nicht die übrigen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse betrifft (z.B. zuhanden des Arbeitgebers, einer privaten Taggeldversicherung, usw.), stillschweigend im Sinne dieser Präzisierung *genehmigt*.

Der *Antrag Nr. 6 zu Traktandum Nr. 7.1* von *Dr. J. de Haller (SGAM)* verlangt eine Überarbeitung des Punktes 2.3.1 (Besitzstandsgarantie – Dauer und Verlängerung) im Dignitätskonzept, insbesondere, was den Umfang der Fortbildung für Fertigkeiten ausserhalb des WB-Titels betrifft. Der Antragsteller verlangt, dass dies von der FMH definiert werden muss und nicht nur den entsprechenden Fachgesellschaften überlassen wird.

Die Ärztekammer *genehmigt* stillschweigend diesen Antrag und der *Präsident H. H. Brunner* verspricht, der ZV werde dafür besorgt sein, dass es hier zu keinerlei Diskriminierungen komme.

Die Delegierten befassen sich anschliessend mit zwei Anträgen betreffend Validierung der Daten im Zusammenhang mit der Dignität. Es handelt sich dabei um den *Antrag Nr. 7 zu Traktandum Nr. 7.1* von *Dr. J. de Haller (SGAM)*, wonach der betroffene Arzt selbst den entsprechenden Nachweis für seine wohlverworbenen Rechte liefern muss, und den *Antrag Nr. 8 zu Traktandum Nr. 7.1* von *Dr. J. Schlup, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern*, wonach mit der Durchführung des Konzeptes Dignität «ausschliesslich» die FMH zu betrauen sei, da weder die Kantonalen Gesellschaften noch der VSAO in der Lage seien, den Anforderungen einer solchen Aufgabe zu entsprechen.

Nach einer relativ ausgedehnten Diskussion über diese beiden Anträge schlägt der *Präsident H. H. Brunner* folgende Lösung vor:

- Die Durchführung und die Massnahmen zur Anwendung des Dignitätskonzeptes liegen in der Kompetenz der FMH.
- Die Basisorganisationen übernehmen eine beratende Funktion und nehmen zumindest eine Überprüfung der durch Umfragen ermittelten Daten vor.
- Der Wortlaut des Dignitätskonzeptes wird entsprechend angepasst. Seiner Ansicht nach dürften es die Fr. 30.- an Sonderbeiträgen, welche von der Ärztekammer am Vortag festgelegt wurden (s. Traktandum Nr. 4), der FMH grundsätzlich ermöglichen, die Kosten für diese Aufgabe zu decken; der ZV werde sich jedoch vorbehalten, der nächsten ordentlichen Ärztekammer wiederum einen Antrag auf Sonderfinanzierung zu unterbreiten, sollten die Kosten nicht gedeckt werden können.

Die Ärztekammer *genehmigt* diesen Antrag des Präsidenten stillschweigend, so dass die Anträge Nr. 7 und 8 zu Traktandum Nr. 7.1 als erledigt betrachtet werden können.

Auf Vorschlag des *Präsidenten* wird der *Antrag des Zentralvorstandes Nr. 9 zu Traktandum Nr. 7.1* auf Kenntnissnahme der Tarifstruktur TARMED Version 1.0 gleichzeitig mit dem abschliessenden Beschluss zum RE zur Abstimmung gebracht, da beide Themen eng miteinander verbunden sind.

7.1.1 Orientierung über das Gutachten von Prof. Neubauer

Der *Präsident* streift die jüngste Geschichte der Verhandlungen, die dazu geführt hat, dass die Partner ihre bisherige Weigerung, die Notwendigkeit eines Reengineering der Tarifstruktur anzuerkennen, aufgegeben haben. Die Erfahrungen, welche die einen und andern mit der «Runde 2000» gemacht haben, die Lehren aus Deutschland sowie die ersten, noch provisorischen, Schlussfolgerungen aus dem Gutachten von Prof. Neubauer haben sie dazu veranlasst, ihre Bereitschaft für das Eintreten auf unsere legitimen Forderungen zu geben. Der letzte Damm ist am vergangenen 30. April gebrochen, als die Politiker die Offensichtlichkeit eines notwendigen Reengineering

anerkannt; die gut abgestützten Interventionen von Prof. Tscholl haben ebenfalls eine wichtige Rolle gespielt.

Heute können wir ein positives Signal für den Bereich des «Blauen Tarifes» aussenden, auch wenn wir noch ein «Nein» zu allen Rahmenverträgen sagen müssen. Die Arbeiten haben bereits begonnen, insbesondere mit den Radiologen. Im übrigen sind in den vergangenen Tagen die Verhandlungen mit anderen vom Reengineering betroffenen FG aufgenommen worden, was erklärt, weshalb die Unterlagen erst kurz vor dieser Sitzung zur Verfügung gestellt werden konnten.

Bezüglich des *Gutachtens von Prof. Neubauer* im speziellen darf festgestellt werden, dass die Hindernisse, welche es letzterem und seinem Mitarbeiter Dr. Lindl bisher verunmöglicht hatten, auf gewisse tieferliegende Elemente und gewisse zusätzliche Informationen über die Tarifmechanik zugreifen zu können, de facto aus dem Weg geräumt sind. Die Autoren des Gutachtens können nun also ihre Arbeit fortführen und zum Abschluss bringen. Der *Präsident* schliesst seine Informationen damit, dass er die enge organische Verbindung zwischen dem RE und der Fortführung der Verhandlungen unterstreicht, was heisst, dass mit einem Abbruch der Verhandlungen das nun akzeptierte RE unrettbar verlorenginge.

7.1.2 Reengineering (RE)

Mit einem gemeinsam von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eingereichten *Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 7.1.2* war verlangt worden, dass den antragstellenden Gesellschaften ein Sitz in der TARMED-Reengineeringkommission zur Verfügung gestellt wird. Nachdem die erwähnten Gesellschaften von den Erklärungen des Präsidenten Kenntnis genommen haben, wonach der Beirat, der die Verhandlungen begleitet, jederzeit Psychiater für spezifisch diese FG betreffenden Fragen beiziehen könne, wird der Antrag von Dr. Urs Fromm zurückgezogen. In der Tat hat der ZV absichtlich zwei Sitze offengelassen, um es dem Beirat zu überlassen, von Fall zu Fall, je nach Verhandlungspunkt, Personen beizuziehen. In Beantwortung einer konkreten Frage von *Dr. Marc Müller-Friedli (SGAM)*, erklärt der *Präsident*, dass dieser Beirat geschaffen worden sei, um den Kritiken all jener (FG, KG und anderen ärztlichen Gruppierungen) zu begegnen, die das Gefühl hatten, von den Verhandlungen ferngehalten zu werden. Ihre Teilnahme an diesem Beirat erlaube ihnen, direkt auf die Verhandlungen einwirken zu können. Der Beirat habe die Aufgabe, im Einklang mit der Verhandlungsdelegation der FMH festzulegen, welches die Positionen sind, welche man bezüglich des RE einzunehmen gedenke. Die Oberverantwortung über die Verhandlungen bleibe beim ZV; er müsse einschreiten, wenn die Diskussionen zwischen Beirat und Delegation blockiert seien, vor allem deshalb, weil die vorgegebenen diktatorischen Termine eingehalten werden müssten (zur Erinnerung: die Phase I muss bis Ende August 2001 abgeschlossen sein).

Der *Präsident* erklärt sich anschliessend bereit, den *Antrag Nr. 2 zu Traktandum Nr. 7.1.2* von *Dr. F. Bossard (Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR))* in die Verhandlungen aufzunehmen. Der *Antrag* lautet: «Eine Korrektur der gesamten Datenstruktur Radiologie und auch der übrigen Leistungen auf Basis INFRA gem. TARMED 1.0 muss auf jeden Fall vor Inkraftsetzung erfolgen und ist integraler Bestandteil von GRAT/TARMED.»

Insbesondere wird präzisiert, dass man unter «Datenstruktur» die in der Berechnung relevanten Eckwerte versteht, wie sie im zweiten Abschnitt dieses Antrags umfassend aufgeführt sind.

Laut Erklärung des *Präsidenten* wird auch der *Antrag Nr. 3 zu Traktandum Nr. 7.1.2* ebenfalls von *Dr. F. Bossard (SGR)*, in die Verhandlungen aufgenommen. Im *Antrag* wird verlangt, dass «die qualitativen und quantitativen Dignitäten in allen Leistungen zu überprüfen und auf die effektiv in den Weiterbildungsprogrammen und in den Fertigungs- und Fähigkeitsprogrammen genannten Leistungserbringer zu beschränken sind (mit Einschluss der Besitzstandsgarantie). Die für die Radiologen massgebenden qualitativen und quantitativen Dignitäten sind vor allem dort, wo sie ausgeschlossen sind, im Rahmen des Reengineering zu korrigieren.»

Hier ist zu erwähnen, dass dieser *Antrag* nicht in der Phase I konkretisiert werden kann, sondern erst in der Phase II, die bis zum 31. Dezember 2001 abgeschlossen sein wird. Der *Präsident* macht darauf aufmerksam, dass man sich von den minimalen Zeiten, wie sie in den Programmen definiert sind, wird lösen müssen, weil die Weiterbildungsprogramme sehr viel detaillierter als die Tarifpositionen für erbrachte Leistungen sind.

Der *Präsident* sichert im übrigen der *VSAO-Vertreterin, Frau Dr. M. Kondo Oestreicher* zu, dass ihr Verband zu den Diskussionen, die man innerhalb der FMH diesbezüglich führen müssen, beigezogen werden wird.

Aufgrund dieser Erklärungen *genehmigt* die Ärztekammer stillschweigend den *Antrag Nr. 3 zu Traktandum Nr. 7.1.2*.

Mit *Antrag Nr. 4 zu Traktandum Nr. 7.1.2* hatte *Dr. F. Bossard (SGR)* verlangt, dass verschiedene fehlende Leistungen im Kapitel Radiologie, bildgebende Systeme (diagnostische Säuglingshüfte, Mammatom/ABBI, PET nach Organen, Osteodensitometrie mit CT), im Rahmen des Reengineering in den Tarif einzufügen sind.

Angesichts der unwiderruflichen Position der Versicherer *opponiert* der *Präsident* diesen *Antrag*, um so mehr, als auch andere FG gleichartige Forderungen geltend machen könnten. Der *Antrag* werde aber trotzdem nicht vergessen und in einer künftigen Verhandlungsrunde 200X wieder gestellt. Die Ärztekammer stimmt diesem Vorgehen stillschweigend zu. Bleibt, unsere Partner zum gegebenen Zeitpunkt zu überzeugen, darauf einzutreten ...

Den *Antrag Nr. 5 zu Traktandum Nr. 7.1.2*, ebenfalls eingereicht von *Dr. F. Bossard (SGR)*, *genehmigen* die Delegierten stillschweigend. Er verlangt im

wesentlichen, dass das Reengineering einer ganzen Reihe umfassend aufgeführter Radiologieleistungen «zwingend vor Einführung von TARMED, auch Teilen davon, vollständig durchgeführt werden muss». Es geht hier um nichts weniger als das Überleben der Radiologieinstitute.

Ein *Antrag Nr. 6 zu Traktandum Nr. 7.1.2*, eingereicht von *Prof. R. Tscholl, Präsident der FMS*, verlangt, dass «die Verantwortlichen der FMH TARMED nur dann zustimmen dürfen, wenn die Resultate des Reengineering vollständig vorliegen und von den Vertragspartnern vertraglich verbindlich zugesichert sind. Die Minimalresultate des Reengineering müssen dabei quantitativ definiert sein ...»

Der *Antrag* zählt anschliessend die verschiedenen Punkte auf, die sowohl in qualitativer (z.B. Korrektur der Produktivitäten für die invasiven Tätigkeiten, Berücksichtigung der Ein- und Ausleitungszeiten für den Operateur, Assistenzabgeltung, Aufführen der arztnahen Technischen Leistungen im Tarif) als auch in quantitativer Hinsicht (z.B. Produktivität in Prozent nach Operationssaal, Ein- und Ausleitungszeiten nach Risikoklassen, Assistenz, arztnahe Technische Leistungen) respektiert werden müssen.

Der *Antrag* wird vom Antragsteller wie auch von *Dr. B. Meister (SGAR)* begründet. Beide setzen sich dafür ein, dass wir unsere «Wenn und Aber» quantifizieren und die Ärzteschaft so über solide und vertraglich festgeschriebene Garantien verfügt, bevor man eine Entscheidung fällt. Der *Präsident H. H. Brunner* gibt zu beachten, dass sich die Ärztekammer zu diesen Punkten bereits anlässlich der ausserordentlichen Ärztekammer vom 12. April 2001 geäussert und Position bezogen hat. Er erinnert daran, dass es wichtig sei, eine Kostenneutralität auf Ebene der Tarifstruktur abzulehnen (= Ende der interdisziplinären Kompensationen), denn die Kostenneutralität müsse anderswo geregelt werden, und dass das Verhandlungsmandat klar definiert werde. Der *Präsident* präzisiert anschliessend in Zusammenhang mit einer Reihe von Fragen, die von *Dr. Philippe Rheiner (GE)* gestellt werden, dass der Taxpunktwert für die Ärztlichen Leistungen und für Technischen Leistungen im UVG-Bereich derselbe sei; im Gegensatz dazu seien im KVG-Bereich diesbezüglich noch einige Fragen offen. Auf eine von *Dr. Richard Nyffeler (FR)* geäusserte Befürchtung, dass ein Akzeptieren der bezifferten Angaben der FMS womöglich untragbare Auswirkungen auf andere Sektoren des Tarifes haben könnten, zeigt sich *Dr. H. H. Brunner* überzeugt, dass die Auswirkungen moderat bleiben werden und in ihrer Grösse nicht überbewertet werden sollten. Nach diesen Diskussionen und Erläuterungen wird der *Antrag der FMS* stillschweigend *genehmigt* und wird der Verhandlungsdelegation der FMH als Maxime dienen.

Der *Antrag Nr. 7 zu Traktandum Nr. 7.1.2* von *Dr. Heinz Bereiter*, eingereicht namens der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, verlangt: «Sofern ein Tarifvertrag TARMED mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), der Militärversicherung (MV) und der Invalidenversicherung (IV) zustande

kommt, muss ein zu definierender Schutzmechanismus mit den zur Hauptsache betroffenen Gesellschaften vertraglich abgesichert sein.»

Der Präsident kann diesbezüglich jede Zusicherung geben und unterstreicht, dass es hier um eine «conditio sine qua non» (welche übrigens nicht nur die Orthopäden, sondern auch die Radiologen, die Dermatologen und die Kinder- und Jugendpsychiater betrifft) für die Einführung des Blauen Tarifes geht.

Der Antrag wird demzufolge von der Ärztekammer stillschweigend *genehmigt*.

Mit einem *Antrag Nr. 9 zu Traktandum Nr. 7.1.2* verlangt *Dr. Patrick Haemmerle (Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)*, dass man bereits für die Phase I die offensichtlichen Fehler in der Tarifstruktur korrigiert, insbesondere, dass man die Produktivitäten der Psychiater realistischer berücksichtigt. Der *Präsident* opponiert gegen diesen Antrag nicht, verlangt jedoch von den betroffenen Gesellschaften, dass sie ihm umfassende bezifferte Angaben zur Verfügung stellen. Mit dieser Bedingung *genehmigt* die Ärztekammer diesen Antrag stillschweigend.

In einem *Antrag Nr. 10 zu Traktandum Nr. 7.1.2* verlangt *Dr. Urs Stoffel (ZH)*, dass der Anteil der Technischen Leistungen beim Praxisoperationssaal von 60% auf mindestens 80% für den OP 1 erhöht wird. Der *Präsident* hat nichts gegen diesen Antrag einzuwenden, unterstreicht aber, dass hier ein strukturelles Problem existiere, dem sich die FMH mit Hilfe der FMS und der betroffenen FG annehmen müsse, nämlich der Definition der Operationssäle.

Der Antrag wird anschliessend stillschweigend *genehmigt*.

Man ist damit bei den *beiden Anträgen des Zentralvorstandes* angelangt, die nun diskutiert und zur Abstimmung gebracht werden müssen. Zum besseren Verständnis wird nachfolgend der volle Wortlaut wiedergegeben:

Antrag Nr. 9 zu Traktandum Nr. 7.1

«Antrag auf Kenntnisnahme der Tarifstruktur TARMED Version 1.0

1. Der Zentralvorstand beantragt der Ärztekammer, von der TARMED-Tarifstruktur Version 1.0 Kenntnis zu nehmen.
2. Der Zentralvorstand beantragt, ihm bzw. der Verhandlungsdelegation folgendes Mandat zu erteilen:
 - Für die Einführung ist eine redaktionell definitiv bereinigte Tarifversion mit Index zu erstellen.
 - Für die Einführungsversion sollen die Komponenten Phase I des Reengineeringkonzeptes mit den Vertragsparteien bereinigt und eingeführt sein.
3. Der Zentralvorstand beschliesst nach Konsultation mit dem Beirat über die verbindliche Einführungsversion. Dieser Beschluss (inkl. vorgese-

hene Tarifstruktur) ist den in der Ärztekammer vertretenen Gesellschaften unter Ansetzung eines Datums für eine ausserordentliche ÄK-Sitzung mitzuteilen. Diese findet statt, wenn die in der ÄK vertretenen Gesellschaften mit den statutarisch vorgesehenen Quoren eine solche innerhalb von 2 Wochen verlangen.

4. Den zuständigen Behörden ist mitzuteilen, dass die Tarifstruktur TARMED *nicht* durch den Bundesrat zu genehmigen ist. Die Verhandlungsdelegation FMH hat den entsprechenden Antrag der TARMED-Vertragsparteien abzulehnen.»

Antrag Nr. 8 zu Traktandum Nr. 7.1.2

«Antrag Reengineering

1. Der Zentralvorstand wird beauftragt, in Konsultation mit der Verhandlungsdelegation Reengineering TARMED mit den 3 Vertragsparteien H+, KSK und FMH einen Vertrag über die Durchführung des Reengineerings der Tarifstruktur TARMED Version 1.0 abzuschliessen.
2. Basis ist grundsätzlich das Papier «Konzept Reengineering TARMED», wie der Ärztekammer vorliegend, allenfalls ergänzt und/oder korrigiert durch Beschlüsse der Ärztekammer.
3. In Abänderung dieses Konzeptes wird die Phase I auf 4 Monate festgelegt.
4. Die seitens der FMH definitiv in die Phase I einzubringenden Revisionspunkte werden aufgrund des FMS-Tarifmodells sowie den Ergebnissen der Problemfeldanalyse bestimmt, die in ALLEN Fachgebieten durchgeführt wurde bzw. wird.
5. Der Vertrag wird den in der Ärztekammer vertretenen Institutionen unverzüglich zur Kenntnis gebracht.»

In einem *Antrag zu Traktandum Nr. 7.1* von *Dr. Charles A. Favrod-Coune (VD)* wird eine Abänderung in Pt. 3 des ZV-Antrages Nr. 9 zu Traktandum Nr. 7.1 verlangt, wonach die Ärztekammer so oder so über die definitive Version abstimmen soll und nicht nur dann, wenn Gesellschaften dies verlangen; der Antragsteller denkt, dass mit der Annahme seines Antrages die Position der Verhandlungsdelegation gestärkt und dass damit auch ein starkes Zeichen für die Urabstimmung gesetzt werde. *Dr. H. H. Brunner* will keinesfalls die Rechte der Ärztekammer schmälern, ist jedoch der Meinung, dass sie nicht ohne Notwendigkeit einberufen werden sollte. In der folgenden Abstimmung wird der Abänderungsantrag von *Dr. C. A. Favrod-Coune* dem Antrag des ZV gegenübergestellt. Der *Antrag des Zentralvorstandes* wird mit grosser Mehrheit gegen 23 Stimmen, welche den Abänderungsantrag unterstützten, *angenommen*.

Es werden keine weiteren Anträge zu den *zwei Anträgen des Zentralvorstandes Nr. 9 zu Traktandum Nr. 7.1 und Nr. 8 zu Traktandum Nr. 7.1.2* gestellt, so dass der *Präsident* feststellen kann, dass diese von den Delegierten stillschweigend *genehmigt* worden sind.

7.2 Rahmenverträge

7.2.1 KVG-Bereich

In einem Einführungsreferat, aus welchem wir an dieser Stelle nur in grossen Zügen berichten können, legt Dr. Andreas Haefeli (AG und Präsident der «G 7») der Ärztekammer dar, welche Vorbedingungen eine KG zur Annahme eines Rahmenvertrages zum TARMED bewegen könnten. Zunächst müsse der Tarif kohärent sein, denn man werde nicht allzu oft den Taxpunktwert ändern können, um strukturelle Mängel zu beheben. In dieser Hinsicht sei die Annahme der Anträge der FMS wie auch derjenigen der Psychiater durch die Kammer ein gutes Vorzeichen. Weiter müsse man auf der Basis des Tarifgutachtens nicht nur die Verlierer, sondern auch die Gewinner herausfinden, welche ebenfalls aufgefordert seien, sich zu erkennen zu geben ... Grosse Beachtung sei dem Taxpunktwert in den anderen Bereichen als demjenigen der privaten ambulanten Medizin zu widmen: der Taxpunktwert der privaten Ambulatorien sollte nicht festgesetzt werden, bevor man nicht denjenigen für die Leistungen der Spitalambulatorien kenne. Dennoch liege das grösste Problem bei den politischen Behörden, die bis heute keine klaren Angaben darüber gemacht hätten, wie rasch sie zu reagieren beabsichtigten, um in der heiklen Phase der Tarifeinführung die Führungsentscheide zu treffen. Ohne klares Zeichen letzterer könnten die KG ihre Zustimmung zur Einführung der Vereinbarung nicht geben. Es scheine, dass das jüngste «Rundtischgespräch» vom 30. April zu einer Deblockierung der Situation geführt habe und dass heute sowohl das Bundesamt für Justiz wie auch EDI und BSV bereit seien, den betroffenen kantonalen Behörden praktische Lösungen vorzuschlagen und diesen damit rasche Entscheidungen zu ermöglichen. Da wir aber noch nichts Konkretes wüssten, so schliesst der Redner seine Einführungen zu diesem Traktandum, könnten die KG in der aktuellen Situation und unter diesen Bedingungen die Rahmenverträge im KVG-Bereich, inklusive denjenigen betreffend Kostenneutralität (nachfolgend: KN), welcher noch überprüft werden müsse, nicht annehmen. Dennoch: der Rahmenvertrag in sich und die Vorschläge, welche in der SÄZ gemacht wurden, seien soweit gediehen, dass man sie zu gegebener Zeit in Kraft setzen könnte.

Der Präsident beantragt daraufhin der Kammer, das Vorgehen gemäss Antrag des ZV Nr. 3 zu Traktandum Nr. 7.2.2, dessen Wortlaut wir hier wiedergeben, zu genehmigen:

«Antrag KVG – Rahmenvertrag

1. Der Rahmenvertrag KVG wird an den ZV mit folgenden Aufträgen zurückgewiesen:
 - Der Ärztekammer ist im Lichte des aktuellen Anhangs sowie der Diskussionen und Beschlüsse ein verbindliches Konzept für die kostenneutrale Einführung der TARMED-Tarifstruktur im KVG-Bereich als Anhang des Rahmenvertrages vorzulegen. Dieser Anhang muss insbesondere Auskunft geben über:

- Instanzenzüge, Verfahrensregeln und -fristen im Falle von Rekursen vor und während der Einführungsphase;
 - Verbindliche Aussagen über die technische Handhabung der kostenneutralen Einführungsphase inkl. allfällige TPW-Anpassungen und Eingriffe in der Tarifstruktur;
 - Einbringen der Ergänzungen und Korrekturen zum Rahmenvertrag bzw. seinen übrigen Anhängen gemäss Diskussion und Beschlüssen durch die Ärztekammer.
2. Die Ärztekammer hält das Vorliegen eines seitens der FMH akzeptierten Vertrags zum Reengineering als *conditio sine qua non* für die Zustimmung zum Rahmenvertrag fest.
 3. Der ZV beruft bei der Erfüllung der Punkte 1 und 2 unverzüglich und ohne vorgängige Präsidentenkonferenz eine ausserordentliche Ärztekammerversammlung ein, der die bereinigte Version des Rahmenvertrages KVG mit allen Anhängen vorzulegen ist.
 4. Urabstimmung: vgl. separaten Antrag.»

Der Präsident H. H. Brunner weist darauf hin, dass der vorliegende Wortlaut die Überlegungen aus dem Einführungsreferat des «G7»-Präsidenten, Dr. A. Haefeli, einschliesst. Er präzisiert weiter, dass man mit dem Konkordat übereingekommen sei, für die Einführung des Kostenneutralitätskonzeptes eine maximale Frist von zwölf Monaten festzulegen, und dass nach Ablauf dieser Frist das Konzept KN nicht mehr zur Anwendung kommen könne. Die «+ 6 Monate» bedeuteten lediglich den Zeitraum, während welchem die im Laufe der zwölf Monate gesammelten Erfahrungen mit dem KN-Konzept ausgewertet würden. Dies sei am Runden Tisch vom 30. April 2001 klar dargelegt worden und das Konkordat sei sich bewusst, dass jegliches Abweichen davon einem Verhandlungsabbruch gleichkomme, was einem Amtstarif Tür und Tor öffnen würde. Andere Unbekannte zum heutigen Zeitpunkt: Welche Position gedenkt der Preisüberwacher einzunehmen?

Die Diskussion wird eröffnet. Sie gibt dem Präsidenten, neben der Beantwortung der von Dr. Erich Steinmann (LU) gestellten Fragen und den Bemerkungen zu den Ausführungen von Dr. R. Nyffeler (FR) über die Gründe, die letzteren ursprünglich zu seinem Antrag Nr. 2 zu Traktandum Nr. 7.2.2 veranlasst haben («Frage: Lehnen Sie TARMED ab?», die nun nach Genehmigung des Antrages des ZV Nr. 9 zu Traktandum Nr. 7.1 hinfällig geworden ist), Gelegenheit zu einigen weiteren Überlegungen. Zunächst: Betreffend Kostenneutralität sei dies der einzuschlagende Weg, wie er übrigens seit Jahren von der Ärztekammer gefordert worden sei; man solle sich vor weiteren Forderungen hüten, deren Behandlung nur zu einer Verlängerung der festgelegten Frist von 12 Monaten führen und zum Beispiel im Gegenzug ein Wiederauftauchen des Globalbudgets ermöglichen würde. Dann zur Rolle des TARMED: Man müsse unbedingt die Probleme umschreiben und aufhören, sich instrumentalisieren zu lassen, wie dies jetzt seit

Jahren durch diejenigen geschehe, die glaubten, TARMED sei das Allerheilmittel für alle Leiden und Mängel des KVG im besonderen, für unser Gesundheitssystem im allgemeinen. Es sei an den Politikern, ihre Verantwortung wahrzunehmen!

Im Anschluss an diese Ausführungen und Diskussionen zeigt sich der *Präsident* erfreut darüber, *einstimmige Genehmigung des Antrages des ZV Nr. 3 zu Traktandum Nr. 7.2.2 (Grundsatzbeschluss)* durch die Ärztekammer feststellen zu können.

Auf entsprechende Aufforderung des *Präsidenten* leitet *Dr. A. Haefeli* die Diskussion über die zu diesem Thema eingegangenen Anträge.

Ein erster *Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 7.2.1* stammt von *Dr. J. de Haller (SGAM)*, der im wesentlichen im Kapitel 11, Artikel 5 des Rahmenvertrages TARMED, bezüglich der *elektronischen Abrechnung* eine Möglichkeitsformulierung statt einer Verpflichtung, dies spätestens zwei Jahre nach Einführung des TARMED, verlangt. Die delegierende Gesellschaft möchte die kurz vor der Pensionierung stehenden Kollegen nicht bestrafen.

Dr. A. Haefeli besteht auf einer verpflichtenden Formulierung, indem er präzisiert, dass Ärztinnen und Ärzte, die nicht in eine EDV-Ausrüstung investieren wollen, dies mittels geeigneter Formulare der Ärztekasse tun könnten und dass man in einem Verhandlungsprotokoll mit den Versicherern schwierige Fälle regeln könnte.

Nachdem sich die Befürworter dieses Antrages für dessen Ehrenrettung eingesetzt haben, kommt es zur *Abstimmung*, deren Ergebnis eine *klare Mehrheit* für die *Version des Zentralvorstandes* gegen 24 Stimmen für den Antrag der SGAM ergibt.

Der *Antrag Nr. 13 zu Traktandum Nr. 7.2.2* von *Dr. J. Schlup (BE)* betreffend der Pflicht zur Angabe der Diagnosen gemäss ICD-10 bzw. für Eingriffe gemäss CHOP wird von ihrem Autor zurückgezogen.

Der *Präsident* weist in Zusammenhang mit der Problematik der Diagnoseangabe mit dem System IPCP, welches auch den UVG-Bereich betrifft, darauf hin, dass Praxis- und Klinikärzte ein übrigens mit dem ICD-10-Code kompatibles System entwickelt haben, das den Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis, vor allem den Grundversorgern, spürbare Dienste leisten können. Man ist daran, sich beim Bundesamt für Statistik dafür einzusetzen, dass dieses System (es geht nach Symptomkonstellationen vor) übernommen wird; eine Vorstellung in der SÄZ ist geplant.

Die Ärztekammer befasst sich danach mit einer Reihe von Anträgen, die alle die Privatsphäre der Patienten zum Thema haben, insbesondere, was die gleichzeitige Angabe der Diagnosen und der Patientenidentität an die Versicherer betrifft, unabhängig davon, ob es den KVG- oder, bereits etwas dem Verlauf der Sitzung vorgreifend, den UVG-Bereich betrifft. Es handelt sich um die *Anträge Nr. 4 zu Traktandum Nr. 7.2.1* der *Ärztegesellschaft des Kantons Jura*, *Nr. 5 zu Traktandum Nr. 7.2.1 und 7.2.2* von

Dr. Jean-Frédéric de Montmollin (SMSR) und *Nr. 14 zu Traktandum Nr. 7.2.2* von *Dr. U. Stoffel (ZH)*; letzterer verlangt darüber hinaus, dass «*der Zeitaufwand für die Codierung mit Pos. 00.0130, Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten, abgerechnet wird.*»

Der *Präsident* unterstreicht in diesem Zusammenhang, dass man für epidemiologische Zwecke die korrekten Diagnosen benötige, dass aber anonymisierte Angaben genügen. Was den «*courant normal*» bei der Datenübertragung betreffe, könnten die Informationsflüsse aufgestückelt werden, wobei die Leistungspositionen an die Versicherer weitergeleitet, Namen und Vornamen der Patienten an einem anderen Ort gespeichert und im Bedarfsfall ausschliesslich dem Vertrauensarzt des Versicherers bekannt gegeben würden. *All die oben erwähnten Anträge* werden in die Verhandlungen mit den Versicherern aufgenommen.

Nachdem dies geklärt ist, stellt der *Präsident* fest, dass er nach Sichtung der übrigen Anträge zum Rahmenvertrag KVG zum Schluss gekommen sei, dass man sie samt und sonders als *Maxime* für die Verhandlungen und/oder Diskussion mit den Versicherern entgegennehmen könne.

Man geht zum nächsten Traktandum über.

7.2.2 Rahmenvertrag im UV/MV/IV-Bereich

Einleitend liefert der *Präsident* der Kammer einige zum besseren Verständnis beitragende Informationen über die diesbezüglich verfolgte Strategie und über das Drum und Dran des weiteren Vorgehens; es genügt hier zu wissen, dass die Delegierten umfassend informiert wurden, bevor sie ihre Entscheidung fällten, es ist jedoch im Rahmen dieses Berichtes nicht der Ort, den Schleier weiter zu lüften.

Die präsidentialen Ausführungen führen zu keinen Bemerkungen, ausser ernsthaften Vorbehalten von *Dr. R. Streit (BE)*. Obwohl er bereit ist, sein Einverständnis zur einer Annahme des Rahmenvertrages im UV/MV/IV-Bereich zu geben, möchte er vor der Abstimmung doch die Aufmerksamkeit der Kammer auf die nicht zu unterschätzende Gefahr richten, dass eine Annahme des Rahmenvertrages im UV/MV/IV-Bereich dazu dienen könnte, uns im KVG-Bereich unter Druck zu setzen (auch hier können wir aus Gründen der Diskretion die Argumentationen des Redners vor seinen Kollegen nicht allzu erhellend ausleuchten).

Nach seiner Meinung zu dem Gesagten befragt, erklärt der *Präsident*, dass die Analyse von *Dr. R. Streit* im Sinne eines «*worst case*»-Szenarios durchaus treffend sei, dass man aber bereits einige Nägel eingeschlagen habe und dass insbesondere die Ärztekammer jederzeit die Möglichkeit habe, den Prozess zu stoppen, falls er zu entgleisen drohe.

Der *Vizepräsident*, *Dr. Yves Guisan*, macht die Delegierten in diesem Zusammenhang noch darauf aufmerksam, dass die Initiative der Sozialdemokraten spätestens nächstes Jahr zur Abstimmung kommt und man gut beraten sei, diesen Umstand in die Überlegungen einzubeziehen.

Die Kammer hat sich anschliessend zum *Antrag Nr. 22 zu Traktandum Nr. 7.2.2* von *Dr. Roland Schwarz (BL)* mit folgendem Wortlaut zu äussern:

- «1. Die Ärztekammer genehmigt den Tarifvertrag TARMED bzw. die Anhänge zum Rahmenvertrag nur mit dem Vorbehalt, dass die TARMED-Tarifstruktur durch die praktizierende Ärzteschaft erst anzuwenden ist, wenn sie *auch für die Spitäler ambulant* in Kraft getreten ist.
2. Die Ärztekammer genehmigt den Tarifvertrag TARMED bzw. die Anhänge zum Rahmenvertrag nur mit dem Vorbehalt, dass für die Spitäler ambulant der *gleiche Taxpunktwert gilt* wie für die praktizierende Ärzteschaft.»

Aufgefordert, sich darüber zu äussern, ob sie diesen Antrag als integralen Bestandteil des *Antrages Nr. 21 zu Traktandum Nr. 7.2.2* annehmen wollen, *sprechen sich* die Delegierten mit klarer Mehrheit, bei einer Gegenstimme und 11 Enthaltungen, *dafür aus*.

Es folgt anschliessend die Abstimmung zum *Antrag des Zentralvorstandes Nr. 21 zu Traktandum Nr. 7.2.2* (in welchen der soeben angenommene Antrag von *Dr. R. Schwarz* integriert wird), der ursprünglich folgenden Wortlaut hatte:

«Antrag Rahmenvertrag UV/MV/IV

1. Die Ärztekammer stimmt dem Rahmenvertrag UV/IV/MV unter folgenden Bedingungen zu:
 - Vor Einführung des Tarifs wird ein Vertrag zum Reengineering der Tarifstruktur gemäss Beschluss der Ärztekammer (vgl. Antrag 7.1.2 – 8) abgeschlossen.
 - Der Rahmenvertrag wird im Lichte der Diskussionen und Beschlüsse der Ärztekammer ergänzt bzw. korrigiert.
 - Der Taxpunktwert wird für alle Leistungen, ärztliche und technische Komponente, mit Fr. 1.– vereinbart.
2. Urabstimmung: vgl. Antrag/Beschluss Urabstimmung (7.3.1 – 2).»

Dieser Antrag, ergänzt durch den Antrag von *Dr. R. Schwarz*, kommt anschliessend zur Abstimmung. Er wird *mit sehr grosser Mehrheit*, bei zwei Gegenstimmen und 5 Enthaltungen, *angenommen*.

7.3 Weiteres Vorgehen

Dieses Traktandum kann als erledigt betrachtet werden. Bleibt zur Behandlung das Traktandum Nr. 7.3.1.

7.3.1 Urabstimmung

Der *Präsident* erklärt eingangs, dass sich die Frage für den Augenblick nur für den soeben genehmigten Rahmenvertrag im UV/MV/IV-Bereich stellt. Die Situation sei absolut offen und man könne gute Argumente finden, um eine Urabstimmung «*hic et nunc*» zu rechtfertigen, wie auch den Zeitpunkt auf «*unmittelbar nach den Beschlüssen [der Ärztekammer] zum Rahmenvertrag KVG und zur Tarifstruktur in der definitiven Einführungsversion*» festzulegen. «*Zum gleichen Zeitpunkt [würde] der UV/MV/IV-Vertrag,*

beinhaltend die Tarifstruktur in der Einführungsversion, der Urabstimmung unterzogen. Im Falle einer Ablehnung durch die Mitglieder [würde] der UV/MV/IV-Vertrag unverzüglich gekündigt.», wie der *Antrag des Zentralvorstandes Nr. 2 zu Traktandum Nr. 7.3.1* lautet. Bevor man das Wort den Delegierten gibt, zeigt ihnen der *Präsident* die Vor- und Nachteile einer sofortigen Urabstimmung auf. Die strategischen Überlegungen zwingen uns auch hier, nicht allzu präzise zu sein. Nur soviel: Eine sofortige Urabstimmung würde die Einlösung eines Versprechens bedeuten (welches vom ZV wie auch von zahlreichen FG gegenüber ihren Mitgliedern abgegeben wurde) und würde die Verhandlungen zu einem Ende bringen, während der Nachteil darin besteht, dass unsere Basis erst über ein beschränktes Wissen verfügt, um eine wohlbegründete Entscheidung zu treffen.

In der anschliessenden allgemeinen Diskussion bricht als erster Redner *Dr. J. Schlup, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern*, eine Lanze für die Durchführung einer Urabstimmung «vor der Einführung von TARMED, auch wenn dieser zuerst lediglich in einem Teilbereich, beispielsweise im UV/MV/IV-Bereich, eingeführt wird», wie der *Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 7.3.1* seiner Gesellschaft lautet. Er ist der Meinung, dass wir eine Verpflichtung gegenüber unserer Basis haben und dass wir davor nicht Angst haben. Dank des Antrags von *Dr. R. Schwarz* seien wir nicht mehr unter zeitlichem Druck, das ganze noch vor den Sommerferien durchziehen zu müssen und man könnte eine Urabstimmung im Herbst durchführen. Die meisten anderen Redner [*Dres. R. Nyffeler (FR), W. Grete (ZH), B. Bourrit (GE), Martin Röthlisberger (GR), F. Bossard (SGR) und J. de Haller (SGAM)*] sind dafür, dass man die Urabstimmung aufschiebt, indem der eine die Opportunität, der andere den Verzicht darauf, ein unfertiges Produkt zu präsentieren, dieser das Risiko einer noch mit allzu viel Emotionen belasteten Abstimmung, jener die Befürchtung, den ZV an zwingende Fristen zu binden, als Begründung heranzieht. Trotzdem er durchaus anerkennt, dass man nicht unbedingt von einer Entscheidung sprechen kann, «die einer Urabstimmung würdig ist», bleibt *Dr. R. Streit (BE)* der Ansicht, dass wir aus dem Prinzip heraus, um nicht unseren Mitgliedern gegenüber klar abgegebene Versprechen zu brechen, eine Urabstimmung vor Inkrafttreten des Rahmenvertrages im UVG-Bereich durchführen müssen.

Der *Präsident H. H. Brunner* bezeichnet sich selbst als schwankend zwischen den demokratischen Spielregeln, die für eine sofortige Urabstimmung sprächen, und der Staatsraison, welche ihn eher zu einer Verschiebung neigen lasse; er werde sich, gleich wie der ZV, dem Entscheid der Ärztekammer unterziehen. Nach abschliessenden Informationen durch die *Dres. H. H. Brunner* und *A. Haefeli* auf eine Frage von *Dr. R. Nyffeler (FR)* bezüglich des weiteren Vorgehens (Zusicherung der Unterstützung durch die FMH für die Verhandlungen, Koordination unter den KG, erste Verhandlungsrunde mit dem KSK, sobald die Berechnungen über den Starttaxpunktwert bekannt sind,

Weiterführung der Arbeiten betreffend RE), schreitet man in umfassender Kenntnis der Sachlage zur Abstimmung, die den *Antrag des ZV Nr. 2 zu Traktandum Nr. 7.3.1* dem *Antrag der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern Nr. 1 zu Traktandum Nr. 7.3.1* gegenüberstellt. Die Ärztekammer *stimmt* wuchtig, mit 126 gegen 7 Stimmen, ohne Enthaltung, dem *Antrag des Zentralvorstandes* zu.

Dr. R. Urscheler (SG) präsentiert gleich anschliessend einen *Antrag Nr. 3 zu Traktandum 7.2.2*, der zum Ziel hat, den Beschluss, welchen die Ärztekammer am heutigen Nachmittag gefasst hat (*Antrag Nr. 21 zu Traktandum Nr. 7.2.2* betreffend des Rahmenvertrages UV/MV/IV), als dringlich und somit definitiv zu erklären. Für einen solchen Beschluss bedarf es einer 4/5-Mehrheit. Diese wird nicht erreicht, denn die Abstimmung mit Handerheben ergibt eine *überwältigende Mehrheit für Ablehnung*.

8. Zentralvorstand

Zusammensetzung, Struktur

Die Delegierten haben auf Verlangen, das sie anlässlich der ordentlichen Ärztekammer im Juni 2000 ausgedrückt haben, ein vom Zentralvorstand ausgearbeitetes Papier über dessen künftig gewünschte Zusammensetzung erhalten. Nachdem der ZV die Vor- und Nachteile eines auf 4 professionelle und operativ tätige Mitglieder, plus Präsidenten, reduzierten ZV oder eines strategisch tätigen ZV mit breiterer Basis und ausgedehnter Rekrutierung (zwischen 8 und 11 Mitgliedern, plus Präsidenten) sehr sorgfältig abgewogen hat, ist er zum Schluss gekommen, dass die objektiven Gründe, inbegriffen der finanzielle Aspekt, für eine Beibehaltung eines strategischen ZV, wie er heute existiert, sprechen; der ZV bemerkt dazu insbesondere, diese Lösung verunmögliche nicht, dass gewisse ZV-Mitglieder Funktionen übernähmen die sie mehr beanspruchten als ihre Kollegen. Die gemischte Variante eines strategischen ZV mit einem Ausschuss wurde entschlossen abgelehnt.

Die Darlegungen des *Präsidenten* und des *Generalsekretärs* geben zu keiner Bemerkung Anlass und die Diskussion wird auch nicht verlangt. Die Ärztekammer nimmt vom entsprechenden Bericht Kenntnis und genehmigt stillschweigend den *Antrag des ZV Nr. 1 zu Traktandum Nr. 8*, wonach die gegenwärtige Struktur eines erweiterten strategischen Zentralvorstandes beizubehalten ist.

9. Umfrage und Verschiedenes

9.1 Armee reform XXI

Mit ihrem *Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 9*, vorgestellt durch Dr. J. de Haller, verlangt die SGAM im wesentlichen die Bildung einer Kommission, deren Zusammensetzung für die betroffenen Ärztegruppen repräsentativ sein soll (Grundversorger, Spezialisten, VSAO, VSM). «Diese Kommission soll mit den entsprechenden Gremien Lösungen aushandeln für die Probleme, die sich für Ärzte im Rahmen der Armee reform XXI ergeben».

Der *Präsident H. H. Brunner* gibt zuhanden des Protokolls bekannt, dass die Kommission bereits in Bildung begriffen ist und die Sitze für den «Ordine» und die SMSR noch nicht besetzt sind. Sobald die Kommission komplett sei, werde man darüber informieren.

9.2 Kurse für Grundversorger

Dr. Bernhard Arnet (ZH) bezieht sich auf den in der SÄZ Nr. 12/2001 erschienenen Artikel betreffend der Plattform Schweizerisches Rettungswesen der FMH. Darin werden insbesondere Qualitätskriterien für den ärztlichen Notfalldienst der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten und regelmässige Kursbesuche gefordert. Der Redner möchte wissen, in welchem Ausmass die von der Plattform erlassenen Bestimmungen zwingend sind, was es mit den Sanktionen betreffend der Qualitätskriterien auf sich hat und was weiter geplant ist.

Dr. R. Laetsch antwortet, dass diese Plattform den gegenseitigen Dialog fördern soll und dass ihr die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin, die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin, die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation, die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin sowie die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin angehören. Die Plattform sei gegründet worden, um dem Wunsch gewisser FG zu entsprechen. Die von der Plattform festgelegten Qualitätskriterien seien erstellt worden, um eine Lücke in der Rettungskette zu schliessen. Die Kriterien seien nicht zwingend und stellten auch keine Direktiven dar; sie hätten keinerlei Auswirkungen auf die Bestimmungen der FMH im Bereich Weiter- und Fortbildung. Man dürfe in ihnen auch kein Vorzeichen im Hinblick auf einen Titel oder Weiterbildungsausweis sehen. Bezüglich Sanktionen stehe der Plattform kein Recht zu, solche zu erlassen.

Nachdem Dr. U. Nägeli (GL) in Namen aller – und in der Sprache Dantes – unseren Tessiner Gastgeber des Ordine für ihre aufmerksame Gastfreundschaft gedankt und der *Präsident H. H. Brunner* angekündigt hat, dass er sich von jetzt an aus den operativen Aufgaben des TARMED, ausser dem Reengineering, zurückzieht und seinen Dank all jenen ausspricht, die ihm dabei, auch durch ihre Kritik, geholfen haben, wird die Sitzung um etwas nach 16.40 Uhr geschlossen.