

Ausserordentliche Ärzttekammer vom 12. April 2001 in Bern

Bericht und Beschlüsse

F.-X. Deschenaux, FMH-Generalsekretär

1. Begrüssung und Bestellung des Büros

Die Sitzung beginnt um 9.40 Uhr, nachdem der Präsident Dr. Hans Heinrich Brunner festgestellt hat, dass das verlangte Quorum – die Hälfte der stimmberechtigten Delegierten – bei weitem erreicht ist.

Der Präsident begrüsst es, dass dank Einberufung dieser ausserordentlichen Ärztekammer die Delegierten bereits drei Wochen vor der ordentlichen Ärztekammer vom 4./5. Mai 2001, die dem Thema TARMED einen ganzen Sitzungstag widmen wird, Gelegenheit haben, über dieses Thema zu diskutieren. Die Sitzung sollte den Delegierten erlauben, in aller Ruhe und ohne allzu grossen Zeitdruck diskutieren zu können und damit einen allfälligen Informationsrückstand aufzuholen, sowohl, was die Verhandlungsergebnisse betrifft, als auch bezüglich der für die FMH zwingenden Konsequenzen aus den anlässlich der ordentlichen Ärztekammer zu fassenden Beschlüssen.

Die Kammer genehmigt anschliessend stillschweigend die Bezeichnung der Stimmzähler, Dres. Fritz Hasler (GR) und Bruno Kissling (SGAM). Ebenfalls ohne Diskussion akzeptiert die Kammer eine Änderung der Tagesordnung, welche mit einem von der Ärztesgesellschaft des Kantons Waadt gestellten Antrag verlangt wurde. Die Änderung der ursprünglichen Tagesordnung sieht vor, dass man vor der Abstimmung über die vorliegenden Anträge einen Informationsblock über TARMED, dessen Topologie, Gefahren und allgemeinen Kontext einfügt.

2. Informationen und Berichte

2.1 TARMED-Verhandlungen allgemein

Der Präsident H. H. Brunner erläutert einleitend mit Hilfe von Präsentationsfolien die Position der TARMED-Tarifstruktur Version 1.0, definiert deren Bedeutung und erinnert daran, dass diese Struktur 1.0 im wesentlichen eine Nomenklatur darstellt, die mit bestimmten Interpretationen sowie der Anzahl Taxpunkte für ärztliche und technische Leistungen ergänzt wurde. Man kann hier noch nicht von einem Tarif sprechen, denn ein solcher existiert erst von dem Moment an, wo die Anzahl Taxpunkte mit dem Tax-

punktwert (TPW) multipliziert wird. Schliesslich soll diese Struktur in zwei Bereichen zur Anwendung kommen, einerseits im Blauen Tarif der eidg. Versicherungen, also dem UV/MV/IV-Arzttarif, welcher zwischen der FMH und der Medizinaltarif-Kommission (MTK) mit einem einheitlichen für die ganze Schweiz geltenden TPW ausgehandelt wird, auf der anderen Seite im Bereich der Krankenversicherung (KVG), wo, basierend auf einer einheitlichen Tarifstruktur, 26 verschiedene kantonale Tarife, also 26 verschiedene TPW, zwischen den Kantonalen Ärztesgesellschaften und den Kantonalen Verbänden der Krankenversicherer auszuhandeln sind. Man könnte sich sogar, zumindest theoretisch, die Entstehung einer ganzen Reihe weiterer Tarife vorstellen, dann nämlich, wenn Gruppierungen von Ärzten mit einer Gruppe von Versicherern einen Tarif ausserhalb des kantonalen Tarifs aushandeln. Im Bereich des KVG limitiert sich die Rolle der FMH darauf, mit dem Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK) einen Rahmentarif und Kriterien für die Einführung in den Kantonen abzuschliessen. Die Aufgaben in diesem Bereich der Verhandlungen werden seitens der FMH von der Gruppe «G 7» unter der Leitung von Dr. Andreas Haefeli wahrgenommen. Dieser Rahmenvertrag wird der Ärztekammer vom kommenden 4./5. Mai zur Genehmigung unterbreitet. Festgehalten sei hier, dass die Analysenliste ein Element dieses Rahmenvertrages darstellt. Zum Teil enthalten die kantonalen Vereinbarungen bereits die Analysenliste. Im Zusammenhang mit der Einführung des Rahmenvertrages in den Kantonen ist eine generelle Übernahme vorgesehen. *Der Präsident* erwähnt im weiteren noch den «Orangen Tarif» oder Spitalleistungskatalog, der für die Entschädigung der von Ärzten im Spital erbrachten ambulanten Leistungen zur Anwendung kommt. Zu erwähnen ist in diesem allgemeinen Zusammenhang, dass für physiotherapeutische Leistungen in Arztpraxen der in den 90er Jahren ausgehandelte Physiotherapietarif angewendet wird, so dass die Arzttarife das Kapitel Physiotherapie nicht mehr enthalten. Was den SSO-Tarif (Zahnärzte) betrifft, wird er von den Kiefer- und Gesichtschirurgen sowie, für bestimmte Leistungen, von ORL-Fachärzten, angewendet.

Bezüglich der einheitlichen Tarifstruktur erinnert *der Präsident* daran, dass sie sämtliche vorstellbaren ärztlichen Leistungen umfasst, unabhängig davon, ob sie zu den allgemeinen Pflichtleistungen der Sozialversicherung gehören oder nicht und unabhängig vom Ort (Spital, Arztpraxis), wo sie erbracht werden. Unter den zusätzlich zu erwähnenden Problemen ist auf die Kapitel hinzuweisen, welche Leistungen von Nichtärzten umfassen, insbesondere die psychotherapeutischen, die unseren Kolleginnen und Kollegen der Psychiatrie noch manche Schwierigkeit bereiten werden. Ein weiteres Problem könnte auftauchen, wenn das KVG abgeändert und ein teilstationärer Sektor eingeführt würde, denn dann wäre die vorliegende einheitliche Tarifstruktur nicht mehr mit dem KVG kompatibel und müsste tiefgreifend überarbeitet werden.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der TARMED ein mit dem Dignitätsfaktor abgewandelter Zeittarif ist. Für die Anwendung des Tarifs ist die quantitative Dignität, mit Ausnahme einiger marginaler Sektoren, nicht ausschlaggebend. Ausschlaggebend ist die qualitative Dignität, bescheinigt durch einen Facharztstitel, welche neben den allen zugänglichen Leistungen (z. B. Konsultation, Arztbesuch) angibt, wer was zu tun berechtigt ist. Dabei war man bestrebt, dank einvernehmlicher Diskussionen zwischen verschiedenen Disziplinen, einen *modus vivendi* zu finden, welcher so weit wie möglich den aktuellen Praktiken Rechnung trägt.

Der Präsident schliesst seine Einleitung mit einigen Erläuterungen über die Tarifmechanik. TARMED ist kein Tarifwerk, sondern eine relationale Datenbank, die durch Algorithmen, basierend auf Grunddaten und Stueurelementen, verwaltet wird. TARMED ist vielfältig einsetzbar, man kann ihn für andere Dinge als einen Einzelleistungstarif einsetzen, z. B. für die Einführung eines DRG-Systems (diagnosis related groups). Die Verhandlungen bestehen aktuell und seit einiger Zeit bereits darin, die Stueurelemente und die Algorithmen einer stetigen Überprüfung zu unterziehen und damit das System ständig zu verfeinern, gewisse Elemente neu zu definieren, usw. Wichtig zu wissen, dass diejenigen, welche diese Anpassungen vornehmen, wohl eine vage Ahnung davon haben können, wie sich dies auswirken wird, dies jedoch nie bis in die Einzelheiten wissen können. Dazu muss man Berechnungen durchführen, und erst danach kann man aufzeigen, was dies für die eine oder andere Leistung bedeutet. Es wird manchmal von den Fachgesellschaften (FG) nicht verstanden, dass wir uns mit ihnen zunächst nur über die Stueurelemente und nicht unmittelbar über die Auswirkungen ihrer Anwendung auf diese oder jene Leistung unterhalten können, denn dazu braucht es zuerst eine Analyse. Trotz alledem und unter Zeitdruck ist die Version 1.0 als offiziell erklärt und Ihnen zur Verfügung gestellt worden. Die Analysen haben dann noch einige gänzlich unerwartete Auswirkungen an den Tag gebracht, welche nach umgehenden Korrekturen rufen (z. B. in den Bereichen Pädiatrie und Gastroenterologie). Diese Präzisierung ist zuhänden all derjenigen gedacht, die glauben, es werde seitens der Verhandlungspartner ganz bewusst eine «Black Box»-Politik betrieben.

2.2 Entschädigung für die leistungsorientierte Arzneimittelabgabe (LOA)

Die LOA birgt ein Problem, welches in erster Linie natürlich die selbstdispensierende Ärzteschaft betrifft, das aber, wegen seines nachhaltigen Einflusses, die Aufmerksamkeit der Ärztekammerdelegierten aus allen Landesgegenden verdient; die LOA ist in der Tat zu einer Frage geworden, mit welcher zahlreiche Kantonale Ärztesgesellschaften (KG) im Zusammenhang mit der Einführung von TARMED konfrontiert werden. Es sollten sich also alle dafür interessieren.

Dr. Walter Häuptli (LU) übernimmt die Präsentation. Ohne auf die Einzelheiten seiner Ausführungen

einzutreten, sei an dieser Stelle erwähnt, dass die LOA – ihr Inkrafttreten, ursprünglich auf den 1. Juli 2001 vorgesehen, verzögert sich (weil die neue Spezialitätenliste/SL bis zum geplanten Zeitpunkt nicht bereit ist) – die Maximalpreise für die in Apotheken, Arztpraxen, Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen abgegebenen Medikamente festlegt. Für die SL-Medikamente der Kategorien A und B wird die Senkung im Durchschnitt etwa 9,5% betragen, mit gewissen Anpassungen, je nachdem, ob es sich um preisgünstige oder teure Medikamente handelt; hinzu kommt noch ein Rabatt in der Grössenordnung von 4%. Auch die finanziellen Auswirkungen für die Ärzteschaft werden, über die ganze Schweiz betrachtet, sehr unterschiedlich ausfallen, ja sogar zwischen Grundversorgern und Spezialisten innerhalb des selben Kantons mit Selbstdispensation, denn die vertraglich ausgehandelten Tarife für die Krankenversicherung haben seit Jahrzehnten immer dem Zusatzverdienst aus Selbstdispensation Rechnung getragen. Die Einnahmen aus der Selbstdispensation, von grösserer Wichtigkeit für die Grundversorger, entsprechen demnach heute Kompensationen, die integrierter Bestandteil des Referenzeinkommens dieser Ärzte sind und nicht als Zusatzeinkünfte zu diesem Referenzeinkommen betrachtet werden dürfen. Angenommen, die durchschnittliche Preissenkung für Medikamente nach der LOA würde 9,5% betragen, bei einer Gewinnmarge von 19%, dann würde die Relation der Einkommen zwischen Grundversorgern und Spezialisten ungerecht verändert. Noch schlimmer ist, dass sich die durchschnittlichen Jahreseinkommen der Grundversorger auf ungefähr Fr. 150 000.- verringern würden.

Das Konkordat sieht deshalb für die selbstdispensierenden Ärzte ein analoges System vor, wie es die Apotheker mit ihm für den Anwendungsbereich der LOA ausgehandelt haben, und erwartet von unserer Seite einen Rabatt von 4%. Wie auch immer die Anpassungen ausfallen werden, die man noch finden muss, damit sich das Berufseinkommen der Ärzteschaft vor allem aus dem Tarif für ihre spezifischen Leistungen und nicht aus der Selbstdispensation generiert, so werden die Auswirkungen der LOA auf die Einkommen der selbstdispensierenden Ärzte (gesamtschweizerisch ungefähr 93 Mio. Franken) nicht unbedeutend sein, sollte deren Einführung noch unter den geltenden Tarifen erfolgen. Es handelt sich dabei übrigens um eine zentrale Frage in den Diskussionen rund um die Kostenneutralität. Aus diesem Grund hat der VEDAG kürzlich beschlossen, man solle verlangen, dass die LOA gleichzeitig mit dem TARMED eingeführt wird, um unnötige Kosten für die Anpassung an die geltenden Tarife zu vermeiden. Der VEDAG postuliert ebenfalls für eine Kompensation der daraus resultierenden Einkommenseinbusse. Die Kompensation unter TARMED erfordert andere Lösungen als diejenigen, die für die geltenden Tarife nötig wären. Letztere haben sich nämlich unter der Ägide der SL entwickelt, während unter TARMED nur die Dignität für das Einkommensniveau ausschlaggebend ist. Deshalb wurde beschlossen, in den

Taxpunktwert den Gewinn aus dem Medikamentenverkauf zu integrieren.

Der Redner schliesst seine Ausführungen, indem er durchblicken lässt, dass die FMH sich sogleich mit einem Antrag konfrontiert sehen werde, der verlangt, dass sie sich selbst um die Verhandlungen bezüglich Einführung der LOA kümmern soll.

Der *Präsident H. H. Brunner* beschränkt sich für dem Moment darauf zu präzisieren, dass der Zentralvorstand einen klaren Auftrag erhalten muss und dass die betroffenen KG, diejenigen der Romandie eingeschlossen, ihre Verantwortung wahrnehmen und an den Verhandlungen teilnehmen müssten.

2.3 Überblick über den Verhandlungsstand TARMED aus der Sicht der FMS-Vertreter

Der *Präsident H. H. Brunner* bedankt sich eingangs nochmals bei der FMS, dass sie uns Gelegenheit zu dieser sehr nützlichen Sitzung gegeben hat und erteilt ihren Vertretern das Wort.

Der Präsident der FMS, *Prof. Reto Tscholl*, eröffnet das Feuer. Er weist auf den ersten Antrag der FMS hin, welcher verlangt, dass das sogenannte Reengineering der TARMED-Tarifstruktur vor der Verabschiedung derjenigen TARMED-Version, die in Kraft treten soll, durchgeführt werden muss. Anschliessend erwähnt er ebenfalls den zweiten Antrag der FMS (*Die «Tarifhoheit» respektive das entsprechende Verhandlungsmandat bezüglich der Fachbereiche der invasiven Ärzteschaft ist [ab sofort] von der FMH an die FMS zu übertragen resp. abzutreten*) und weist darauf hin, dass die FMS gezwungen gewesen sei, diese beiden Anträge einzubringen, da erstens der TARMED in seiner aktuellen Version katastrophale Auswirkungen auf viele unter ihnen habe, insbesondere dann, wenn der Taxpunktwert/TPW unter Fr. 1.– zu liegen kommen sollte, und zweitens, weil der TARMED den Zusammenhalt innerhalb der Ärzteschaft zerstöre. Er macht geltend, der TARMED sei, was er heute sei, weil man seit Jahren unablässig die Ärzteschaft zu Sündenböcken für die Kostensteigerung mache, während die Vergütungen an die Ärzte in freier Praxis, eingeschlossen die Spitalärzte mit Privatpraxis, nicht einmal 10% der gesamten Gesundheitskosten ausmachten. Mehrere Präsentationsfolien, die für sich sprechen und auch bereits publiziert worden sind, unterstreichen und illustrieren die Ausführungen des Redners. Es dürfe deshalb nicht toleriert werden, dass man die Verantwortung auf die Ärzteschaft zurückschiebe, die von den Gesamtkosten 7% generiere und die überdies entscheidend zur Qualität der erbrachten Leistungen beitrage. Die Ärzteschaft befinde sich jetzt schon in der Zange von TARMED und KVG-Revision. In seiner aktuellen Form führe TARMED nur zur Auslöschung ganzer Teile der Ärzteschaft, so äussert sich der nächste Redner, *Dr. Beat Meister*, und befließt sich mit viel Talent und Originalität, diese Aussage mit Folien zu unterstreichen. Er zieht dafür die Metapher der «Titanic» bei, die Kopf voran auf ihren verhängnisvollen Eisberg trifft. Wenn man die Richtung nicht ändere, dann werde die gleiche Todesgefahr TARMED und seinen unglücklichen Passagiere drohen.

Er erinnert daran, dass TARMED zu Beginn das Ziel hatte, einen umfassenden Einzelleistungstarif auf betriebswirtschaftlicher Basis zu erstellen, also klar nicht einen «politischen» Tarif. Angestrebt war ebenfalls eine Neubewertung der intellektuellen Leistungen und eine Reduktion der technischen Leistungen. Die Vorzeichen der Katastrophe sind bei TARMED 1998 und 1999 mit der Publikation der Versionen Beta 2 und 3 aufgetaucht, welche zu einer tiefen Beunruhigung bei allen invasiv tätigen Ärzten geführt haben (so fiel z.B. die Vergütung für eine Appendektomie, die nach heutigem Spitalleistungskatalog Fr. 369.– beträgt, auf Fr. 201.– im TARMED – «und wir haben uns soeben länglich über Verluste in der Höhe von 9,5% ausgelassen»). Die FMS hat damals die Verhandlungsverantwortlichen umgehend informiert, was dann zu einer ersten Sitzung FMH-FMS geführt hat. Man hatte nicht realisiert, dass die invasiven Interventionen ebenfalls eine intellektuelle Komponente beinhalten. Auch die Produktivitätsaspekte, vor allem für kurze Eingriffe, waren vernachlässigt worden, insbesondere deshalb, weil die Produktivitätsanteile (72% im Operationssaal I, kleine Interventionen, und 65% in den Operationssälen II und III) normativ ermittelt worden und diese Schätzungen mit gravierenden Fehlern auf Ebene der Analyse behaftet sind. Daraus hat sich im ganzen TARMED eine falsche Darstellung der invasiven Medizin ergeben. Hier situiert sich der grösste Eisberg. Aus diesem Grund hat eine frühere Ärztekammer das FMS-Modell genehmigt und ihre Zustimmung zur TARMED-Version Alpha 2.2 mit einem «Ja, aber» gegeben. Leider wurde diese TARMED-Version dem Bundesrat ohne diese Einschränkung unterbreitet. Damit wir die definitive Version des TARMED annehmen können, müssen wir die Garantie haben, dass sämtliche invasiven Leistungen entsprechend korrigiert werden. Ohne diese vorgängige Garantie hofft man vergebens, die Ärztekammer von Anfang Mai im Tessin werde den TARMED genehmigen.

Dr. B. Meister stellt anschliessend eine Studie vor, die in 363 Spitälern und über insgesamt 63 000 Interventionen durchgeführt wurde und die, bezogen auf das Honorarvolumen, einen Unterschied von 32 Mio. zwischen dem Spitalleistungskatalog (51 Mio. Franken) und dem TARMED (19 Mio. Franken) aufzeigt. Mit andern Worten: Wenn man die Kostenneutralität strikte respektieren wollte, müsste der Starttaxpunktwert durchschnittlich Fr. 2.66 betragen, und diese Zahl dürfte nicht als eine dem entsprechende Forderung verstanden werden ... *Prof. R. Tscholl* präzisiert, dass die präsentierten Angaben die FMH-Ärzte nicht etwa dazu verleiten, Taxpunktwerte im Bereiche von Fr. 2.40 bis Fr. 3.14 zu verlangen, sondern einzig dazu dienen, das absurde Abbild, welches der TARMED für die invasiven Leistungen liefert, zu demonstrieren und aufzuzeigen, dass ein Reengineering (im folgenden: RE) vor Inkrafttreten des TARMED unbedingt notwendig ist und den zweiten Antrag der FMS rechtfertigt.

Das Wort ergreift anschliessend *Dr. Walter Zimmerli*, Chirurg in Aarau und Mitglied der Aargauer

Sektion der FMS. Auf der Basis einer von ihm durchgeführten Studie über 3929 ärztliche Leistungen präsentiert er sämtliche von ihm festgestellten Modifikationen zwischen den Versionen 2.2 und 1.0 und zeigt sich erstaunt darüber, dass eine beträchtliche Anzahl (2651) Modifikationen jeglicher Art vorgenommen werden konnten, ohne dass die FG je davon in Kenntnis gesetzt worden wären.

Prof. R. Tscholl zieht aus dieser Demonstration den Schluss, dass die Interessierten in die Verhandlungen über die sie betreffenden Positionen integriert werden müssen. Der Antrag Nr. 2 der FMS sei entsprechend als Maximalforderung zu verstehen, in dem Sinne, als es für die FMS keine *conditio sine qua non* sei, als alleinige Verhandlerin auftreten zu wollen, dass sie aber daran festhalte, in alle sie betreffenden Verhandlungen einbezogen zu werden und ihre Vertreter selbst bestimmen zu können. Es liegt ihm ebenso daran zu unterstreichen, die FMS lehne den TARMED keineswegs in Bausch und Bogen ab, sie wolle ihn nicht einmal hinauszögern.

Dr. B. Meister bekräftigt diese Aussage und hebt den konstruktiven Geist der FMS hervor. Er fasst anschliessend zusammen, worauf die FMS hinwirken möchte. Zunächst einmal (1), dass die Zeit «vor» und «nach» der Intervention für den Operateur berücksichtigt wird; dann (2) die Korrektur der Produktivitätsanteile im Operationssaal; (3) die Vergütung der Operationsassistenten gemäss der tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistung; (4) Einschluss von in engem Zusammenhang mit der Ausführung des ärztlichen Auftrags stehenden technischen Leistungen (z.B. Berufshaftpflichtversicherung, Perfektionierung, Telekommunikation; s. Studie Prantl-Popp, die von einem Anteil zwischen 14 und 30% der technischen Leistung spricht) in einer speziellen Rubrik des Tarifs. Der Redner zeigt sich überzeugt, dass der Einbezug dieser korrigierten und/oder neuen Parameter nur wenig Zeit beanspruche, um im Tarif gerechnet zu werden. *Prof. Tscholl* unterstützt das Gesagte und warnt davor, dass ein TARMED ohne Integration dieser Korrekturen zur Folge hätte, dass eine ganze Reihe von Ärztinnen und Ärzten, die invasive Medizin ausserhalb der staatlich subventionierten Institutionen betreiben, von der Bildfläche verschwinden.

2.4 Informationen über das Gutachten von Professor Günther Neubauer

Dr. Martin Ganz erwähnt, dass er als Arzt, der zu den GRAT-Verhandlungen eingeladen worden sei, auch Zweifel gehegt habe, ob der TARMED die ursprünglich formulierten Anforderungen und Zielsetzungen zu erfüllen vermöge, insbesondere, ob die Produktivitätsanteile der Betriebswirtschaftlichkeit entsprächen. Diese Zweifel hätten ihn zu dem von der Präsidentenkonferenz genehmigten Antrag bewogen, der TARMED solle von einem neutralen Experten begutachtet werden. Letzterer wurde in der Person von Prof. G. Neubauer gefunden, einem unabhängigen und auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie anerkannten deutschen Experten. In einem gemeinsam von der FMH und dem Schweizerischen Verband der

Belegärzte in Privatkliniken (SVBP) erteilten Mandat wurde der Experte eingeladen, den TARMED einer kritischen Begutachtung zu unterziehen, zunächst hinsichtlich der generellen Aspekte des Projektes, in einer zweiten Phase bezogen auf ganz spezifische Punkte. Es ging dann darum, eine Lösung zur Optimierung des Systems zu finden, was schlussendlich zum sogenannten Reengineering geführt hat. Die wichtigen Aussagen der Expertise haben nicht nur den Tarif als solchen zum Inhalt, sondern beziehen sich auch auf die Methodologie sowie die Grundelemente der Tarifmechanik, allerdings mit dem Handicap, dass Prof. G. Neubauer die Elemente der Black-Box nicht zur Verfügung gestellt werden konnten, da der Vertrag, den die FMH mit den TARMED-Partnern abgeschlossen hat, eine Herausgabe dieser Elemente verhinderte. Trotz dieser vertraglichen Beschränkung kann man aufgrund der Fakten, zu denen der Experte Zugang hatte, mehrere Schlüsse ziehen, aus denen wir für den vorliegenden Bericht folgende Auswahl treffen: Der Wert der ärztlichen Leistungen kann nicht in Franken oder Rappen ausgedrückt werden; da aber bekanntlich sämtliche Berechnungen auf der Basis eines TPW von Fr. 1.– für den Krankenversicherungsbereich erfolgt sind, muss man entweder von diesem TPW von Fr. 1.– ausgehen oder aber zugeben, dass das Postulat der Betriebswirtschaftlichkeit nicht realisierbar ist. Was die Kostenneutralität betrifft, hat sie mit einem betriebswirtschaftlich abgestützten Tarif gar nichts zu tun, sondern ist nur ein Vorwand für die Einführung des Globalbudgets; es gibt keine Rechtfertigung, weshalb man beispielsweise die Überalterung der Bevölkerung, das Auftauchen neuer therapeutischer Methoden usw. usw. auf den TPW überwälzen sollte. Die Diskussion ist politisch und nicht tarifarisch zu führen. Das gleiche gilt für die Überführung von Leistungen aus dem privaten Sektor (kleine chirurgische Interventionen) hin zum staatlich subventionierten Spitalsektor, wenn der TARMED den strukturellen Unterschieden zwischen der Arztpraxis und dem öffentlichen Spital nicht Rechnung trägt; im Zeitpunkt, wo alle Politiker aus ökonomischen Gründen Betten in den öffentlichen Spitälern schliessen, kann man sich nur vor Wartelisten à la National-Health-System in Grossbritannien fürchten. Nachdem er noch einige Betrachtungen über die Quellen der verschiedenen Daten, ihre Qualität und ihre Lücken angestellt hat, beschwört der Redner alle Delegierten, sich gut vor Augen zu halten, dass die unproportionierten Einkommenseinbussen, von denen einige betroffen sind, kurz- bis mittelfristig nicht ohne Wirkung auf das Niveau der Berufseinkommen aller sein werden. Ein gewisses Minimum an Stundenentschädigung für Spitzenleistungen müsse absolut garantiert sein.

Der Präsident beschränkt sich auf drei Bemerkungen: Er erinnert daran, dass das Referenzeinkommen, ausgehend von Zürcher Referenzspitälern, auf der Basis eines sorgfältig gewichteten «Mix» zwischen den Einkommen von Chefärzten (1/3), Leitenden Ärzten (1/3) und Oberärzten (1/3) errechnet worden ist. Andererseits wären gewisse Annäherungen an die

Realität sehr viel einfacher gewesen, wenn man über Angaben von den Spitalärzten selbst hätte verfügen können, denn es sei für einen Delegationsleiter ausserordentlich schwierig, Einkommen zu verteidigen, über die er keine echten Angaben habe.

Zum heutigen Zeitpunkt seien die Bedingungen, um Prof. G. Neubauer und seinem Mitarbeiter die fehlenden Angaben zu liefern, gegeben, weil die Konventionalstrafe in der Höhe von 1 Million Franken, die das bisher verhinderte, de facto überholt ist. Die effektiven Lücken in der Datenlage hätten indes die Delegation der FMH und ihren Präsidenten nicht gehindert, sehr früh schon die Schwierigkeiten des Modells zu erkennen und seit 1997 bei jeder Gelegenheit immer wieder auch darauf hinzuweisen. Dies habe dazu geführt, mit Eindringlichkeit das Reengineering zu verlangen und schliesslich den ursprünglichen Widerstand der Versicherer gegenüber dieser Forderung zu brechen.

2.5 Informationen über «NewIndex»

Dr. Andreas Haefeli (AG) liefert anschliessend einige Informationen über «NewIndex». Zuvor aber macht er einige Präzisierungen statistischer Natur, die nicht ausser acht gelassen werden dürfen und die einige (treffende) Aussagen von Prof. Tscholl bezüglich des Anteils der ärztlichen Kosten an den gesamten Gesundheitskosten etwas nuancieren. Bleibt man im Bereich des KVG, beläuft sich der Anteil an Kosten aus ärztlichen Leistungen auf 30%, derjenige aus Spitälern, inbegriffen die ambulanten Leistungen auf 30%, die Medikamente betragen etwa 20% und die übrigen 10% verteilen sich auf verschiedene andere Kosten. Für die Krankenkassen repräsentieren wir also sehr viel mehr als die 9%, von denen Prof. Tscholl gesprochen hat. Damit die notwendigen Analysen durchgeführt werden können, um herauszufinden, wie hoch etwa das zur Ermittlung eines Starttaxpunktwertes in Betracht zu ziehende Niveau sein soll, damit die Kostenneutralität bei Inkrafttreten von TARMED respektiert wird, haben die KG und die FMH die Aktiengesellschaft NewIndex gegründet, in deren Aktionariat ebenfalls einige Fachgesellschaften (FG) und andere ärztliche Gruppierungen eingetreten sind.

Ein Teil der TARMED-Aktivitäten bestand darin, das Volumen der von den Ärzten in freier Praxis erbrachten Leistungen zu ermitteln; auf der Basis der nach heutigen Tarifen erstellten Honorarnoten konnte dieses Mengengerüst ermittelt und anschliessend festgestellt werden, wie sich dieses unter Anwendung der TARMED-Struktur verhält. Auf diese Art konnte man sehen, wie dies auch das FMS-Modell getan hat, wo Probleme auftreten könnten. Man hat festgestellt, dass sie dort auftreten, wo sie durch das FMS-Modell identifiziert wurden, d.h. dort, wo invasive Interventionen in der Arztpraxis vorgenommen werden. Aufgrund dieser Analysen hat NewIndex den Finger auch auf Probleme legen können, die man nicht erwartet hatte und man konnte dieje-

nigen Fachgesellschaften herausfinden, die bedroht sind. Es sind die Kantonalen Ärztesgesellschaften, die sich hierauf werden konzentrieren müssen, während die Fragen des tarifarischen Ungleichgewichtes in die Zuständigkeit der Spezialistengruppierungen und der FMH-Delegation fallen. Demgegenüber wird NewIndex Empfehlungen über die Art der Tarifeinführung (Kostenneutralität oder Kostenstabilisierung während der Einführungsphase) abgeben und aufgrund ihrer Analysen Angaben über das Niveau des Start-TPW machen können, wobei präzisiert werden muss, dass es jeder Kantonalen Ärztesgesellschaft obliegt, die Daten zur Verfügung zu stellen. NewIndex hat über die Methodologie mit dem Konkordat diskutiert, damit, wenn die Kostenneutralität tatsächlich kommt, die von NewIndex ermittelten Daten übernommen werden.

2.6 Erklärung der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie

Vor der allgemeinen Diskussion wird auf deren Verlangen das Wort den Radiologen erteilt. Prof. Pierre Schnyder, Chefarzt Departement Radiologie des Universitätsspitals Lausanne, ordnungsgemäss mandatiert von den vier anderen schweizerischen Lehrstuhlinhabern für Radiologie, präsentiert der Kammer die von einer «Taskforce» von Ökonomen aus dem CHUV und aus den Pflegeheimen des Kantons Waadt ermittelten Auswirkungen, welche die Einführung des TARMED (Version 2.2) aus ökonomischer Sicht auf das Rechnungsjahr 1999 gehabt hätte. Ergebnis: Um ein mit 1999 übereinstimmendes Resultat zu erhalten, müsste der TARMED-TPW auf Fr. 1.75 festgesetzt werden, was einer Differenz von 55% gegenüber dem von Bundesrätin Ruth Dreifuss vor den Eidg. Räten geäusserten Taxpunktwert entspricht. Die Version 1.0 hat an diesem Unterschied nichts geändert.

Dies würde den praktisch unmittelbaren Konkurs für sämtliche private Radiologieinstitute in der Schweiz bedeuten. Als logische Folge davon müssten die universitären (und nicht universitären) Spitalinstitute umgehend vom Staat subventioniert werden. Ausserdem würde es für die universitären Institute unmöglich, Kandidaten zu rekrutieren, denn kaum jemand würde noch Lust verspüren, einen derart bedrohten Beruf zu ergreifen. Man wäre demnach konfrontiert mit einem Verschwinden von Assistenz- und Oberärzten: Wartelisten lassen grüssen! Mangels Nachfolger würde unseren Instituten der Lehrauftrag bald einmal entzogen (s. Situation in Frankreich). Diese tiefe Besorgnis kommt im übrigen auch in einem entsprechenden Brief an Frau Bundesrätin R. Dreifuss und die Dekane der fünf Medizinfakultäten der Schweiz zum Ausdruck (Applaus).

Der Präsident nimmt die Ärztekammer als Zeugen, dass er seit langem auf die Probleme der Radiologen aufmerksam gemacht hat und dass diese auf die klare Unterstützung seitens des Zentralvorstandes zählen können.

3. Spezifische Interventionen und allgemeine Diskussion

Bis hierher sind wir vom Prinzip, wonach das Protokoll der Ärztekammer ein striktes Beschlussprotokoll sein soll, wesentlich abgekommen, da wir der Meinung waren, dass die präsentierten Thesen mehr als nur eine kurze Erwähnung verdienten. Von hier an werden wir uns nun eher wieder kurz fassen und nur die Hauptpunkte der allgemeinen Diskussion erwähnen, bevor die Anträge und Beschlüsse behandelt werden.

Namens der Ärztesgesellschaft des Kantons Waadt unterstreicht ihr Präsident *Dr. Charles A. Favrod-Coune*, dass die Waadtländer Ärzteschaft durchaus willens sei, den TARMED zu einem guten Ende zu führen, dass sie aber nicht bereit sei, eine Version zu akzeptieren, die zu einer Spaltung der Ärzteschaft führe. Man könne klar erkennen, dass die Version 1.0 nicht alle Fachrichtungen zu befriedigen vermöge (z.B. Vergütung für Katarakt, die Pädiatrie, die von Grundversorgern praktizierte Geriatrie), weshalb die Waadtländer Ärztesgesellschaft sich veranlasst sehe, das Reengineering/RE vor Inkrafttreten des TARMED zu beantragen, jedoch den zweiten Antrag der FMS ablehne, mit welchem dem Zentralvorstand das Verhandlungsmandat entzogen werden solle. Die Waadtländer Ärztesgesellschaft werde deshalb beantragen, dass man einen Beirat bilde und ihn mit der Durchführung des Reengineerings/RE beauftrage; dieser solle aus operativ tätigen Ärzten und aus bisher etwas beiseite gelassenen Grundversorgern sowie aus Kantonalen Ärztesgesellschaften und NewIndex zusammengesetzt werden. Die Anträge dieses Beirates müssten innert 6 Monaten der Ärztekammer unterbreitet werden, wobei es das Ziel bleiben müsse, einen guten TARMED zu erhalten. Dies sei als Änderungsantrag zum 2. Antrag der FMS zu verstehen.

Der Zeitpunkt ist für den *Präsidenten H. H. Brunner* gekommen, die *Position des Zentralvorstandes* vorzustellen. Das RE bildet die Hauptachse. Es handelt sich dabei um eine permanente Aufgabe, nach und nach die mangelnde Stichhaltigkeit und die Uneinheitlichkeit der Eckwerte und Steuerelemente des Projektes zu korrigieren. Man muss unbedingt zu einer Neukonzeption der Tarifmechanik kommen, denn allzu viele miteinander unvereinbare Modelle sind in diese Tarifmechanik eingebaut worden und haben sie entartet: sie ist zu komplex geworden und enthält zu viele überdeterminierte Faktoren, was heisst, dass die eingebrachten Faktoren ihrerseits von externen Faktoren abhängen, usw., usw.

Die dringendsten Probleme betreffen die Radiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Dermatologie und die Pädiatrie. Für alle diese Bereiche gilt es, die Analysen und Messungen nochmals vorzunehmen. Die entsprechenden Korrekturen müssen unmittelbar vorgenommen und die diesbezüglichen Anträge noch im Jahr 2001 gestellt werden, damit sie bereits im Jahr 2002 zur Anwendung kommen können. Zudem darf man sich nicht auf Schätzungen oder Extrapolierungen verlassen, sondern muss über ein bestimmtes

konkretes Mengengerüst im Rahmen eines in Anwendung stehenden Tarifes verfügen können. Ohne ein solches Mengengerüst können konkrete Schlussfolgerungen nicht getroffen werden. Die entsprechenden Verhandlungen mit den Unfallversicherern (MTK) sind bereits gut vorangekommen und das Konkordat ist eingeladen, sich an den Arbeiten des RE zu beteiligen, während die Beteiligung von H+ noch eine offene Frage ist.

Das Reengineering (RE) wird zunächst in einer Konsolidierung des aktuellen Modells bestehen (Phase I), in welches kurzfristig das FMS-Modell integriert wird. In der im Jahr 2002 ablaufenden Phase II wird das RE im eigentlichen Sinn stattfinden, d.h. die komplette Überprüfung aller Eckwerte und Steuerelemente sowie die allfällige Einführung zusätzlicher Elemente, all dies basierend auf einer neuen Tarifmechanik. Wichtig ist an dieser Stelle der Hinweis, dass wir dafür Angaben aus einem in Anwendung stehenden Tarif verfügbar haben müssen, die uns der UV/IV/MV-Arztтариф liefern soll. Vom Zeitplan her muss diese Phase II im Dezember 2002 abgeschlossen sein. Gewisse Modifikationen könnten sogar vorher schon eingeführt werden, sofern man sich unter den Partnern einigen kann. Selbstverständlich ist die Genehmigung der FMH, insbesondere den KVG-Bereich betreffend, an den Erfolg dieses Unterfangens gebunden. Die für diese Arbeiten vorzusehenden Kosten werden sich zwischen 0,8 und 1,2 Mio. Franken gesamthaft bewegen, das bedeutet Ausgaben von zwischen 250 000 und 400 000 Franken für die FMH, je nachdem, ob 4 oder 3 Partner mitmachen.

Die Verhandlungen sollen von der FMH geführt werden, das wird von unseren Partnern so gewünscht, wobei man aber noch über die Zusammensetzung und Gewichtung unserer Delegation wird diskutieren können. Es wird eine monatliche Information über das Fortschreiten der Verhandlungen stattfinden. *Der Präsident* schliesst seine Ausführungen mit einem Überblick über die noch zu treffenden Massnahmen, die anlässlich der ord. Ärztekammer in Locarno vorgestellt werden, insbesondere über die vorzunehmenden Korrekturen bei den Sach- und Umlagekostensätzen (SUK), welche für die Kalkulation der Bestandteile der technischen Leistung eine so grosse Rolle gespielt haben und die zu Resultaten führten, welche zu Recht kritisiert worden sind.

Prof. R. Tscholl insistiert, dass die FMS zumindest ihre Vertreter für die Verhandlungsdelegation selbst bestimmen kann. Er relativiert im übrigen die erwähnten Lücken bezüglich des zu berücksichtigenden Mengengerüsts, indem er geltend macht, dass die von der FMS analysierten und kalkulierten Daten (mehr als 60 000) für die künftigen Arbeiten eine brauchbare Basis bilden. Das RE sei ein ständiger Prozess – so solle es auch sein –, diese Tatsache dürfe aber nicht zu einer Verwässerung der konkreten Anträge der FMS führen. Schliesslich: das RE müsse vor Einführung des TARMED abgeschlossen sein, und im übrigen sei die Liste der betroffenen Fachgesellschaften (FG) noch nicht vollständig.

Dr. H. H. Brunner präzisiert den Vorgehensplan des Zentralvorstandes. Letzterer wird die Einführung des TARMED für den UVG-Bereich auf den 1. Januar 2002 beantragen, *unter der Bedingung*, dass die Frage des Reengineerings vertraglich klar festgelegt wird. Für den KVG-Bereich wird er eine Verschiebung beantragen, insbesondere deshalb, weil die Frage der Kostenstabilisierung (es wird nicht mehr von Kostenneutralität gesprochen) noch nicht gelöst ist; überdies wird die Tarifstruktur erst im Zusammenhang mit den Rahmenverträgen, wenn diese denn einmal akzeptiert sind, zur Genehmigung vorgeschlagen. Die Tarifstruktur Version 1.0 wird dem Bundesrat nicht zur Ratifizierung unterbreitet, weil die Bedingungen dies nicht verlangen. Eine Urabstimmung wird erst durchgeführt, wenn die Ärztekammer den Rahmenvertrag für den KVG-Bereich genehmigt hat.

Die Ausführungen des Präsidenten finden nicht bei allen Zustimmung. So meinen etwa einige (*Frau Dr. Anne-Claude Froidevaux/GE und Dr. Reinhold Streit/BE*), dass sich die Dinge seit einem Jahr kaum weiterentwickelt hätten und die Mängel der Tarifmechanik längstens bekannt seien. Die sich abzeichnende Kostenneutralität sei nichts anderes als ein Globalbudget übelster Art und es herrsche ein Gefühl der Enttäuschung vor. *Der Präsident* hält zuhänden des Protokolls fest und erwidert auf diese Kritiken, eine Überprüfung der GRAT/TARMED-Debatten der vergangenen Jahre habe ergeben, dass mit Ausnahme von etwa 10%, die erklärbar seien, sämtliche Beschlüsse der Ärztekammer umgesetzt worden seien. Es sei eine Sache, die Anträge der Ärztekammer in die Verhandlungen einzubringen, eine ganz andere aber, diese dort auch durchzubringen. Trotzdem seien seit einem Jahr Fortschritte zu verzeichnen: die Notwendigkeit eines Reengineerings werde zumindest von einem wichtigen Versicherer anerkannt. Was die Kostenneutralität angehe, so spreche man heute von «Kostenstabilisierung» während eines Zeitraums von 12 Monaten. Es wäre wirklich böswillig, darin ein Globalbudget zu sehen, um so mehr, als im UVG-Bereich man keine andere Definition als diejenige der Kostenstabilisation pro Fall annehmen könne. Was die Tarifmechanik betreffe, so dürfe man sie nicht in ihrer Gesamtheit, sondern nur für einige Anwendungsbereiche ablehnen. Aus der Sicht des verantwortlichen Ingenieurs des Projektes (Beispiel aus der Avionik) nehme man die technischen Einstellungen und Justierungen vor, ohne subjektive Emotionen hineinzubringen. Wir müssten jetzt vor allem auf objektive Fakten abstützen können; dann würden wir auch das, was uns noch bevorstehe, in einem Zeitraum von 6 bis 9 Monaten erledigen können. Die Arbeiten würden selbstverständlich nicht an Roboter übertragen, sondern an Menschen, wobei Ärzte oder Spezialisten, die für die Ärzteschaft arbeiten, ebenfalls ihren Teil dazu beitragen. Diese Präzisierung erfolgt zuhänden derjenigen (*Dres. Jürg Pellaton/ZH, Reinhold Streit/BE*), die ihrer Sorge darüber Ausdruck verleihen, dass die Verhandlungspartner ungleich lange Spiesse hätten; zuhänden des Protokolls wird allerdings zugegeben, dass diese gleich langen

Spiesse bis ins Jahr 2000 nicht bestanden haben, dass wir aber von da an unsere Position ganz wesentlich stärken konnten.

4. Beschlussfassung über die Anträge

4.1 Antrag der FMS

Der Präsident stellt fest, dass Punkt 1 des FMS-Antrages: «Das sogenannte «Reengineering» der TARMED-Tarifstruktur muss vor der Verabschiedung derjenigen TARMED-Version, die in Kraft treten soll, durchgeführt werden», kein Problem darstellt. Bezüglich Punkt 2, der die «Tarifhoheit» und das Verhandlungsmandat betrifft, zeigt sich Prof. R. Tscholl namens der FMS von den Erklärungen und Versicherungen, die der Präsident im Laufe der Sitzung abgegeben hat, befriedigt, unter der Bedingung, dass die FMS ihre Vertreter selbst bestimmen kann. Der Präsident sichert dies namens des Zentralvorstandes ausdrücklich zu.

Betreffend Zeitplan präzisiert der Präsident, dass man die Idee einer TARMED-Inkraftsetzung für den UV/MV/IV-Arztтарif auf den 1. Juli 2001 aufgeben müsse; der Zentralvorstand beantrage diese Inkraftsetzung auf den 1. Januar 2002. Im KVG-Bereich sei es, angesichts der Verhandlungen, die uns noch erwarteten, ausgeschlossen, an eine gesamtschweizerische Inkraftsetzung vor dem 1. Januar 2003 zu denken.

Diese Erklärung stösst auf Widerstand bei den Vertretern der FMS (*Prof. R. Tscholl und Dr. B. Meister*), die sich klar gegen eine Einführung stellen, und sei es auch nur des Blauen Tarifs, bevor das Endergebnis des RE nicht unter Dach und Fach ist. Wenn der Wille dazu auf seiten der Versicherer vorhanden sei, dann könne es sich dabei nur um eine Angelegenheit von einigen Monaten handeln. *Dr. Brunner* erwidert, dass eine solche Forderung die Einführung von TARMED im Blauen Tarif verunmögliche, denn es sei illusorisch zu glauben, bis Ende 2001 könne man alles abschliessen.

Gegen 13.00 Uhr wird, auf Ordnungsantrag hin, die Mittagspause eingeschaltet.

Nach Wiederaufnahme der Sitzung, widmet sich die Kammer dem angeänderten FMS-Antrag. Letztere ist sich bewusst, dass sie nicht ein RE für den gesamten Tarif verlangen kann, sie besteht jedoch darauf, dass einige Punkte vor jeglicher Beschlussfassung festgelegt werden müssen. Man konzentriert sich demnach auf die Phase I dieses RE, welche folgende Punkte umfasst:

- Einführung des FMS-Tarifmodells, inkl. dessen quantitative Auswirkungen.
- Die Auswirkungen in (+) und (-) der Tarifeinführung dürfen die 10%-Marke nicht überschreiten (Einkommensgarantie für die FG).
- Das ganze Projekt muss vor dem 31. Dezember 2002 abgeschlossen sein.
- Besondere Schutzmassnahmen müssen umgehend vorgekehrt werden für diejenigen FG, die durch die Einführung des neuen Tarifs besonders in Gefahr sind.

- Die Korrekturen im Kapitel Radiologie müssen vor dem 31. Dezember 2001 erfolgen.

Auf die Frage von *Dr. Jacques de Haller (SGAM)* bezüglich der 10% + oder - präzisiert der Präsident, dass dies sämtliche FG und sowohl ärztliche wie technische Komponenten betrifft; es gebe einen Startpunkt vor und nach RE, dieser stelle das erste Vergleichselement dar, das zweite sei der aktuelle Stand. Für letzteres biete sich der Blaue Tarif als bessere Vergleichsmöglichkeit an, zudem könnte NewIndex noch einige Angaben liefern. Angesichts der diesem Vorschlag erwachsenden Kontroversen verlangt der Präsident ein «opting out» bis zur ord. Ärztekammersitzung in Locarno, für welche er ausführliche Erläuterungen verspricht. Er wird von *Dr. Walter Grete/ZH* unterstützt, der seine Kollegen einlädt, sich intern zu einigen, um dann mit einem fertigen, von allen anerkannten Produkt an den Verhandlungstisch zu gehen. Er plädiert im weiteren dafür, dass man den TARMED für den Bereich des Blauen Tarifs annimmt, damit seine Praktikabilität demonstriert werden könne. Man solle aufhören, sich selbst überall Grenzen zu setzen, sondern Vertrauen in unsere Verhandlungsvertreter haben und ihnen einen Manövrierspielraum lassen.

Nach etlichem Hin und Her von Ansichten und Feststellungen zwischen den Präsidenten der FMS und der FMH folgen *Erläuterungen bezüglich der Tragweite der Abstimmung über den Antrag Nr. 1 der FMS*: Der ursprüngliche Antrag der FMS kommt mit den oben erwähnten Erläuterungen betreffend der Phase I des Reengineering, welche als Erklärung zum Antrag Nr. 1 zu verstehen sind, zur Abstimmung. Der *Präsident H. H. Brunner* hält präzisierend noch fest, dass die Urabstimmung erst erfolgt, wenn der Grundvertrag für den KVG-Bereich von der Ärztekammer angenommen worden ist; wenn man heute für diesen abgeänderten Antrag stimme, bedeutet dies auch, dass man die Inkraftsetzung des TARMED für den UV/MV/IV-Bereich auf den 1. Januar 2002 ermögliche.

Beschluss: Der Antrag Nr. 1 der FMS wird in seiner abgeänderten Form mit 112 Stimmen, bei 17 Gegenstimmen und 10 Enthaltungen, angenommen.

Es folgt *Punkt 2 des FMS-Antrags*, welcher das Verhandlungsmandat in der Phase des RE betrifft. Der *Präsident*, der diesen Antrag Nr. 2, wie er von der FMS unterbreitet wurde, nicht akzeptieren konnte, schlägt vor, er werde der ord. Ärztekammer in Locarno zwei Varianten bezüglich der Zusammensetzung der 5köpfigen FMH-Delegation präsentieren, in welche er Vertreter der FMS, der Belegärzte und der Grundversorger integrieren werde. *Dr. B. Meister* insistiert, dass über den Antrag Nr. 2 abgestimmt wird, man aber bereits vorgängig akzeptiere, dass, falls sich dafür keine Mehrheit finden lasse, subsidiär der Vorschlag von *Dr. H. H. Brunner* zur Anwendung komme.

Beschluss: Der Antrag Nr. 2 der FMS wird mit 120 zu 24 Stimmen, bei 5 Enthaltungen, verworfen. Demnach wird der Präsident in Locarno konkrete Anträge vorlegen. Im Anschluss daran zieht *Dr. A. Favrod-*

Coune seinen Antrag betreffend der Zusammensetzung des Steuerungsausschusses zurück. Dies wird zur Kenntnis genommen.

Was *Antrag Nr. 3 der FMS* betrifft ist dieser mit der erteilten Information über Stand und Inhalt des Gutachtens von Prof. G. Neubauer erfüllt.

4.2 Antrag der SGAM (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin)

Es folgt Eintreten auf den von *Dr. J. de Haller* namens der SGAM eingereichten Antrag, der drei Punkte enthält. Der erste Punkt wird aufgrund der bezüglich des Zeitplans im Laufe der Sitzung abgegebenen Erläuterungen zurückgezogen. Hingegen wird am Punkt 2, «das RE darf nicht zu Lasten der Kapitel 00 (Grundleistungen), 01 (Verbände), 02 (Psychiatrie), 03 (Pädiatrie, Neonatologie) oder 30 (Bildgebende Verfahren)», und am Punkt 3, «vorwiegend am Spital erbrachte Leistungen (a2 und s) dürfen nicht zu Lasten der vorwiegend in der Praxis erbrachten Leistungen (a1) neu bewertet werden und umgekehrt», festgehalten. TARMED mit einem Punktwert von Fr. 1.- sichert eine Konstanz des Grundversorgereinkommens, zusätzliche Konzessionen wären nicht akzeptabel. Der Antragsteller ersucht deshalb um eine klare Unterstützung seines Antrags durch die Ärztekammer, um zu gewährleisten, dass die Arbeiten am Reengineering in einer konstruktiven Atmosphäre ablaufen können. Der *Präsident H. H. Brunner* kann dies nur im Sinne eines Hinweises für die Verhandlungen entgegennehmen, macht aber darauf aufmerksam, dass eine Annahme dieses Antrages in ihrem Wortlaut jegliches Reengineering verunmögliche, weil man nicht verhindern könne, dass eine Änderung, die man an einem der Steuerelemente vornimmt, ihre entsprechenden Auswirkungen auf alle anderen Tarifabschnitte hat. Namens der FMS versichert deren Generalsekretär, *RA François Bernath*, dass die FMS keineswegs beabsichtige, die Interessen ihrer Mitglieder zu Lasten der Ärztinnen und Ärzte der übrigen Disziplinen zu verteidigen.

Der Antrag der SGAM wird anschliessend leicht abgeändert, während die Diskussion über den nächstfolgenden Antrag weitergeht. Der Antrag, dessen Wortlaut etwas abgeschwächt wurde («sollten nicht», anstelle von «dürfen nicht zu Lasten... neu bewertet werden.»), kommt anschliessend zur Abstimmung.

Beschluss: Der Antrag wird mit 101 gegen 15 Stimmen, bei 16 Enthaltungen, angenommen.

Der *Präsident* hält nochmals zuhanden des Protokolls fest, dass er diesen Beschluss nur als allgemeinen Hinweis bezüglich Art und Weise der Verhandlung betrachten könne. Dies wird zur Kenntnis genommen.

4.3 Antrag der beiden Psychiatrie-Gesellschaften

Es folgt die Diskussion über den von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gemeinsam eingereichten Antrag, welcher verlangt, «dass

die Urabstimmung der FMH über den TARMED erst durchgeführt werden darf, wenn sämtliche kantonalen Starttaxpunktswerte bekannt sind». Der Antrag wird von Dr. Philipp Hauser/AG präsentiert, der erläutert, dass dieser Antrag zum Ziel habe, einerseits den FMH-Mitgliedern zu erlauben, ihre Stimme in voller Kenntnis der Sachlage abzugeben und andererseits die Position der Verhandlungsführer in den Kantonen zu stärken. Dagegen werden mehrere Gegenargumente aufgeführt, sogar von denjenigen, welche für die Besorgnis, die diesem Antrag zugrunde liegt, Verständnis aufbringen können. Die Gegenargumente beziehen sich namentlich auf dessen Übereinstimmung mit den FMH-Statuten, auf seine Praktikabilität oder auch auf die Tatsache, dass sich die Verfahren in den Kantonen sehr lange hinziehen können und eine Panne in einem einzigen Kanton alle übrigen blockieren würde. Die Sorge, dass man

sich hier nicht erneut mit derart verpflichtenden Beschlüssen eingeschränkt sehen möchte (Dr. W. Grete/ZH), wird ebenfalls laut. Nach einer letzten redaktionellen Änderung durch den Präsidenten, welche von Dr. P. Hauser akzeptiert wird, kommt es zur Abstimmung über diesen Antrag.

Beschluss: Der Antrag wird mit 96 zu 21 Stimmen, bei 13 Enthaltungen, abgelehnt.

Der Präsident stellt fest, dass damit alle unterbreiteten Anträge erledigt sind oder zurückgezogen wurden. Er erteilt noch Dr. Yves Guisan das Wort, welcher die Delegierten auf einige noch zu lösende Probleme beim RE im Spitalsektor aufmerksam macht. Anschliessend schliesst der Präsident die Sitzung und verabschiedet sich von den Delegierten bis zur ordentlichen Ärztekammer vom 4. und 5. Mai 2001 in Locarno.

Sitzungsschluss: 15.45 Uhr.