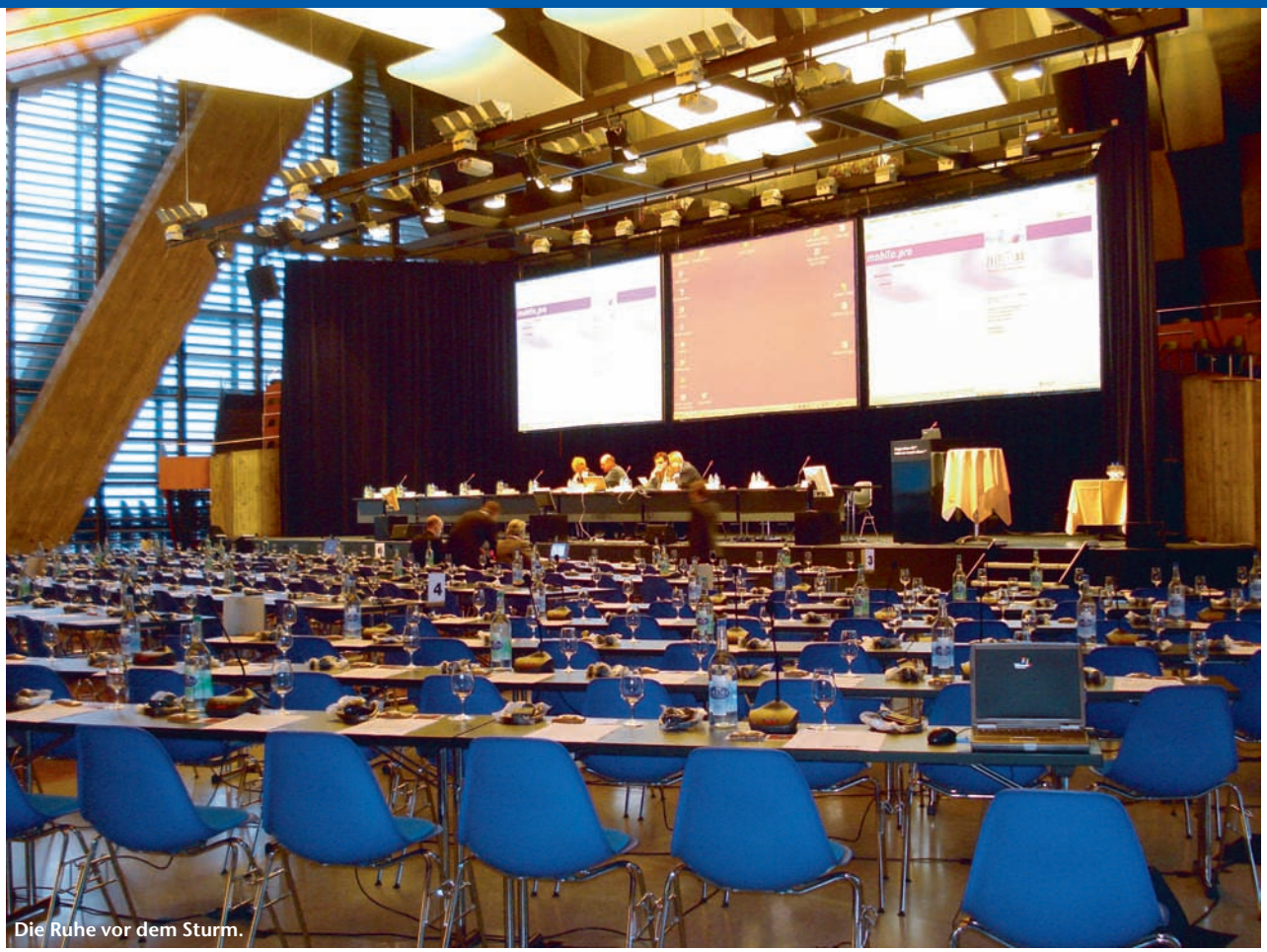
Die Ruhe vor dem Sturm.

Kongresshaus, Biel, 6. Dezember 2007

Protokoll der ausserordentlichen Ärztekammersitzung

Erika Flückiger, Leiterin Dienste

Anmerkung der Protokollführerin: Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Beratungen werden die Traktanden in diesem Bericht in der Reihenfolge ihrer Behandlung aufgeführt.

Ein Glossar mit den am häufigsten verwendeten Abkürzungen finden Sie auf Seite 67.

1. Begrüssung, Mitteilungen, Bestellung des Büros

Nachdem das erforderliche Quorum der Hälfte der stimmberechtigten Delegierten erreicht ist, eröffnet der FMH-Präsident, Jacques de Haller, die Sitzung um 9.45 Uhr. Er begrüsst die Anwesenden und macht einige technische und organisatorische Bemerkungen. Als Gäste heisst er für die heutige Sitzung willkommen: M. Siegrist/Referent Traktandum 2, J. Osterwalder und U. Bürgi/SGNOR, Traktandum 6.1.3, E. Graf-Deuel, B. Merz, B. Weil/Traktandum 6.4.1 sowie A. Menzl/Traktandum 5. Anschliessend bezeichnet der Präsident als Stimmenzähler: *Margot Enz/SGAM, Felix Brunner/Nephrologie, Jean-Pierre Grillet/AMG, Rosemarie Caduff/Pathologie, Thomas Plattner/Rechtsmedizin, Franziska Zogg/Zug, Florian Leupold/Solothurn, Roland Bingisser/MedGes, Michael Hofer/Pädiatrie, Christoph Bossard/VSAO*. Sie bilden, gemäss Art. 11 Abs. 2 der Geschäftsordnung der FMH, zusammen mit dem Präsidenten, den beiden Vizepräsidenten und dem Generalsekretär das Büro der heutigen Sitzung. Die Zeit, nach deren Ablauf keine Beschlüsse mehr gefasst und keine Wahlen mehr vollzogen werden dürfen, wird auf 17.00 Uhr festgelegt (Art. 11 Abs. 4 GO).

Der Präsident gibt anschliessend einige Änderungen in der Traktandenliste bekannt:

- Traktandum 3 Bestätigungen für die Delegiertenversammlung; Nachmeldung der FMCH: ordentlicher Delegierter und Ersatzdelegierter;
- Traktandum 5.2 Antrag fPmh als mitsprachebeberechtigte Organisation in der Ärztekammer;
- Traktandum 4: Anpassungen im Planungs- und Budgetierungsprozess (Art. 31 GO) wird gestrichen; das Geschäft soll zuerst in der Delegiertenversammlung (DV) besprochen werden;

- Antrag Nr. 2 zu Traktandum 6.1.1 J. Schlup/Bern wurde nach dem Versand der Sitzungsunterlagen eingereicht und inzwischen wieder zurückgezogen;
- T. Heuberger/Bern beantragt, das Traktandum 5.1 nach dem Antrag Nr. 5 zu Traktandum 6.1.1 V. Briner/SGIM zu behandeln, der die Zukunft der KWFB beinhaltet;
- unter Varia werden folgende Themen gemeldet:
  - P.-A. Schneider/AMG wünscht Informationen über den Stand der Integration von HIN in das Projekt HPC,
  - A. Girr/AGZ wünscht Informationen zur Mehrwertsteuerrevision,
  - P. Vallon/SVM unterbreitet einen Antrag betreffend französische Übersetzung der PIK-Entscheide.

Diese Änderungen der Traktandenliste verlangen eine Zweidrittelmehrheit. Die Ärztekammer *genehmigt* die geänderte Traktandenliste *mit überwältigendem Mehr*, bei 1 Gegenstimme.

Der Präsident informiert die Ärztekammer anschliessend darüber, dass Max Giger und Yves Guisan am 1. Dezember 2007 ihre 20jährige Zugehörigkeit zum Zentralvorstand feiern konnten. Er gratuliert den beiden ZV-Mitgliedern, die einen wichtigen Teil ihres Lebens in die FMH investiert haben, und dankt ihnen dafür.

De Haller übergibt nun das Wort an den Generalsekretär, Daniel Herzog, der den Anwesenden die seit Juni 2007 neu eingetretenen Mitarbeitenden des Generalsekretariates vorstellt. Es sind dies in alphabetischer Reihenfolge:

- Jürg Beutler, Projektleiter Kommunikation;
- Jacqueline Boillat, Assistentin Vorstandssekretariat;
- Manuel Gonzales Alvarez, Hauswart;
- Alexandra Ferrão, Mitarbeiterin AWF;
- Daniel Herzog, Generalsekretär;
- Carina Quattropani, Mitarbeiterin AWF;
- Mirjam Stähli, temp. Mitarbeiterin AWF;
- Iris Stucki, Projektleiterin DDQ;
- Vanessa Ucha, Hauswartin und Mitarbeiterin IT-Support;
- Jacqueline Wettstein, Leiterin Kommunikation.

2. «Affekte und fehlendes Wissen – irrationale oder rationale Entscheidungen?»

M. Giger/ZV stellt den Referenten vor: Prof. Michael Siegrist hat seit dem 1. April 2007 den Lehrstuhl für Consumer Behavior am Institut für Umweltentscheidungen IED der ETH Zürich inne. Er beschäftigt sich seit langem mit dem Einfluss von Technik und Umwelt auf Entscheidungen des Menschen.

Prof. Siegrist geht in seinem Referat auf die aktuelle Forschung im Bereich Entscheidung unter Unsicherheit ein, insbesondere darauf, wie die Affekte unsere Entscheidungen beeinflussen. Affekte helfen uns, gewisse Risiken nicht einzugehen, sie helfen uns auch bei der Auswahl von Zielen. Intuition kann aber auch gefährlich werden. Der Referent zeigt an verschiedenen Beispielen auf, wie sich Affekte auf das Verhalten von Betroffenen und Nichtbetroffenen, in deren Risikowahrnehmung und Risikoverhalten unterschiedlich auswirken. Der Referent zieht am Ende seines Referates die Schlussfolgerungen, dass sowohl das «experimental system» (Erfahrung) als auch das «analytic system» (Logik) wichtig sind: Ohne entsprechende Affekte werden z.B. Präventionsmassnahmen unterlassen (Beispiel Hochwasser 2005); auf der anderen Seite werden aber ohne das entsprechende Wissen falsche Optionen gewählt (Beispiel Mobilfunk). Affekte sollten also nicht hochgejubelt werden, wichtig ist vielmehr, in welchen Situa-

Prof. Michael Siegrist.

tionen Affekte betont werden sollen und wo mehr Analytik besser ist. M. Giger bedankt sich beim Referenten für das interessante Referat und wünscht sich für die heutige Sitzung, dass Bauch und Ratio eine Rolle spielen werden.

3. Bestätigung für die FMH-Delegiertenversammlung

Es liegen folgende Vorschläge vor:

Ordentliche Delegierte

– FMCH: Prof. Mario Litschgi, Schaffhausen, für den zurückgetretenen Guy-Peter Jenny.

Ersatzdelegierte

– SFSM: Prof. Felix Brunner, Basel, für den bisher vakanten Sitz;
– FMCH: Prof. Peter Leuenberger, Burgdorf, anstelle von Prof. M. Litschgi, bisher.

Die geänderte Liste der ordentlichen Delegierten und der Ersatzdelegierten der Delegiertenversammlung wird von der Ärztekammer einstimmig *bestätigt*.

5. «Neue Führungsmodelle»

Gemäss Art. 35 der Statuten kann der Präsident den Vorsitz für einzelne Traktanden an eine andere Person übergeben. Der Präsident macht davon Gebrauch und übergibt die Sitzungsleitung für dieses Traktandum an P. Wiedersheim/St. Gallen. Dieser erinnert einleitend an die Vorgeschichte dieses Geschäftes: Auf Antrag des VEDAG hat die a. o. Ärztekammer im Dezember 2006 beschlossen, «die DV im Hinblick auf die Gesamterneuerungswahlen im Mai 2008 zu beauftragen, im Rahmen eines Ausschusses und unter Beizug von externen Experten verschiedene, zukunftsgerichtete Führungsmodelle für die FMH zu evaluieren, die den aktuellen verbandsinternen Bedürfnissen und Entwicklungen sowie dem aktuellen gesundheitspolitischen Umfeld Rechnung tragen. Erste Ergebnisse sind der ordentlichen Ärztekammer vom 3. Mai 2007 zu präsentieren, und an der a. o. Ärztekammer vom 6. Dezember 2007 ist schliesslich ein geeignetes Modell vorzuschlagen.» Die DV hat an ihrer ersten Sitzung vom 17. Januar 2007 eine entsprechende Arbeitsgruppe mit folgenden Mitgliedern gebildet: Brigitte Muff und Olivier Kappeler, beide ZV, Pierre Alain Schneider und Peter Studer, beide DV, Peter Wiedersheim, VEDAG, sowie Prof. Dr. oec. Andreas Menzl, externer Berater. Jacques de Haller, Präsident der FMH, nahm als ständiger Gast an allen Arbeitsgruppensitzungen teil. Die Ärztekammer hat an ihrer ordentlichen Sitzung am 3. Mai 2007 das Projektkonzept, das Budget wie auch den externen Berater gutgeheissen. Als Projektzielsetzungen wurden definiert: schlagkräftigere FMH, höhere Führungseffizienz, höhere politische Wahrnehmung, generell mehr Einfluss und mehr Wirkung in der Gesundheitspolitik – FMH als nicht zu umgehender Keyplayer im Gesundheitswesen. Die Arbeitgruppe wählte folgendes Vorgehen: Erarbeitung einer Innen- und Aussensicht und der daraus abzuleitenden Anforderungen an ein neues Führungsmodell, Befragung von 55 Personen, FMH-Mitglieder und Aussenstehende, Auswertung, Information des ZV und Zwischenbericht an die DV im August, Erarbeitung von Entwürfen möglicher Lösungsvarianten. Die DV diskutierte im Oktober die präsentierten Ergebnisse und das weitere Vorgehen. Der ZV wurde über die Lösungsvarianten informiert und konnte Anregungen einbringen. Daraus folgte die Bearbeitung der Lösungsvarianten und die Bereinigung eines Vorschlags, in wenigen Unterpunkten mit Varianten, der der DV Ende November unterbreitet wurde. Die Ärztekammerdelegierten erhielten den der DV vorgelegten Vorschlagsentwurf mit dem Nachversand der Ärztekammersitzungsunterlagen vom 21. November 2007. Im Anschluss an die DV wurde ihnen per E-Mail der Vorschlag der DV für ein neues FMH-Führungsmodell zuhanden der heutigen a. o. Ärztekammer zugestellt. Die Seiten 1–9 des Vorschlagsentwurfs blieben unverändert und beinhalten die folgenden, aus der Innen- und Aussensicht resultierenden Anforderungen an ein neues FMH-Führungsmodell:

Am Rednerpult: P. Wiedersheim.

Der Präsident und die neuen Führungsmodelle.

1. Die Verbandsführung muss Analysen, Ziele, Strategien und längerfristig gültige Positionspapiere erarbeiten und festlegen.
2. Der ZV muss strategische Aufgaben wahrnehmen und seine operativen Funktionen delegieren.
3. Stellung und Funktion des Präsidenten und der Vizepräsidenten sind nach innen und aussen neu zu definieren.
4. Die Medienarbeit ist auf mehrere Köpfe zu verteilen.
5. Die Ressortorganisation ist zu überdenken: Inhalt, Zuordnung zu ZV-Mitgliedern, Trennung von strategischen und operativen Aufgaben, Ressortstruktur in anderen Gremien (DV, Mitgliederverbände).
6. Der ZV und das Generalsekretariat sind stärker als bisher zu professionalisieren.
7. Der ZV muss verkleinert werden.

Die von der DV ebenfalls nicht abgeänderten Seiten 14 und 15 enthalten die Beurteilungskriterien der Lösungsvarianten sowie die Vor- und Nachteile des vorgeschlagenen Führungsmodells.

Bei den Gestaltungsvariablen des Führungsmodells (Seiten 10–13) entschied sich die DV für die folgenden Vorschläge:

Aufgaben des ZV
Strategische Aufgaben, in besonders wichtigen Einzelfällen auch zeitlich befristete operative Aufgaben. Kommunikation verbandsintern und nach aussen.

Präsident oder Präsidium
Präsidium mit dem Präsidenten und zwei stark sichtbaren Vizepräsidenten, idealerweise entsprechende Zuordnung bedeutender Ressorts.

Einheit oder Trennung der Präsidien ZV, DV
Bei diesem Punkt war die Meinung in der DV unentschieden (10:10), weshalb sie der Ärztekammer den Entscheid über zwei Varianten überlässt:
1. ein Präsident für alle drei Gremien: ÄK, DV, ZV (gemäss heutigen Statuten);
2. der ÄK-Präsident ist auch ZV-Präsident. Die DV wird von einem eigenen Präsidenten (Vorsitzenden) geleitet (bedingt Statutenanpassung).

Ressorts
– Politik, Innen- und Aussenbeziehungen und Information (Präsident und 1 ZV-Mitglied);
– Ärztliche Berufsbildung (KWFB-Präsident);

– Tarife, Verträge, Sozialversicherungen, DRG, Existenzsicherung (2 ZV-Mitglieder);
– Versorgungssysteme, Qualität, Prävention, E-Health, medizinische Informatik (2 ZV-Mitglieder);
– Selbständige Ärzte (1 ZV-Mitglied);
– Angestellte Ärzte (1 ZV-Mitglied).

Spiegelbildliche Ressortorganisation
Empfehlung für Dachverbände, kantonale Ärztegesellschaften und Fachgesellschaften inkl. VSAO und VLSS.

Ressortführung und -vertretung
Die ZV-Mitglieder führen die Ressorts in strategischen Belangen und vertreten diese Ressorts nach innen und aussen. Entscheidungen liegen bei den Gremien (ÄK, DV, ZV). Der ZV kann über eine Delegation der Ressortvertretungen entscheiden.

Kompetenzen DV und ZV
Die Formulierung «Behandlung aller wichtigen gesundheits- und standespolitischen Fragen» in Art. 37 Abs. 1 Buchstabe a) der Statuten (Zuständigkeit der DV) ist als Entscheidungskompetenz zu verstehen, soweit eine Frage nicht ausdrücklich der ÄK vorbehalten ist.

Medienarbeit
Durch den Präsidenten, die Vizepräsidenten, die Ressortleiter, den Generalsekretär und die Medienbeauftragte. Koordination durch die Medienbeauftragte.

Professionalisierung des GS
Verstärkung in einzelnen Ressorts, zur Entlastung von ZV-Mitgliedern, auch mit Teilzeitmandaten an FMH-Mitglieder. Teilzeitmandate werden aufgrund fachlicher Voraussetzungen erteilt.

Professionalisierung des ZV
Präsident vollamtlich, übrige ZV-Mitglieder in Pensen zwischen 20 und 40% (anzustreben ist, dass ein ZV-Mitglied weiter als Ärztin, Arzt hauptberuflich arbeiten kann). Die honorierten Ist-Pensen betragen heute über 500%, neu sind es maximal 420%. (Sollzustand, der erst nach einer Übergangszeit von voraussichtlich 2 Jahren erreicht werden kann. Die Umsetzung bedingt Anpassungen in der Arbeitsweise der Ressorts, personelle Verstärkungen im GS, Delegation von Aufgaben in den Kreis der Ärzteschaft und Änderungen im Entschädigungsreglement.)

Bildung von nichtständigen Kommissionen, vor allem für Strategiearbeiten
Die DV, die sich mit 17 zu 7 Stimmen für die Variante 1 ausgesprochen hat, überlässt auch hier der Ärztekammer, zwischen zwei Varianten zu entscheiden:
1. mehr als bis heute, im Auftrag des ZV. (gem. heutigen Statuten);
2. mehr als bis heute, auch im Auftrag der DV.

Anforderungen an ein ZV-Mitglied
Führungserfahrung, persönliches Engagement, Bereitschaft zur Ressortverantwortung, «politische» Erfahrung. Für die einzelnen Ressorts sind einige besonders wichtige Anforderungen zu spezifizieren.

Nachdem zu diesen Ausführungen keine Fragen gestellt werden noch Diskussionsbedarf besteht, stellt P. Wiedersheim die beiden Varianten zu «Einheit oder Trennung der Präsidien ZV, DV» zur Diskussion. Die Meinungen gehen stark auseinander: Die Gegner einer Trennung sprechen von «Zwängerei», da diese Frage ausführlich bereits anlässlich der Statutenrevision diskutiert und dort abgelehnt worden sei. Andere finden es nicht sinnvoll, jetzt an den neuen Statuten herumzuflicken, da man sie doch ohnehin, wie bei ihrer Inkraftsetzung beschlossen, nach zwei Jahren wiederum überprüfen wolle. Dieser Meinung ist auch de Haller, der aus dem Plenum explizit um seine Meinung als FMH-Präsident gebeten wird. Obwohl er kein Problem damit hat, wenn man gewisse Dinge immer wieder diskutiert, wünschte er sich, dass man diese Frage erst unter dem gesamten Gesichtspunkt nach den zwei Jahren betrachte. Es wird auch auf die Gefahr einer Rivalität zwischen DV und ZV hingewiesen und befürchtet, dass es bezüglich Kommunikation problematisch sein könne, gegen aussen mit zwei Präsidenten aufzutreten. Die Befürworter betonen, dass die Funktion des FMH-Präsidenten dadurch keinen Glanz verliere. Im Gegenteil sei das eine Erleichterung für das Amt des FMH-Präsidenten. Als Vorsitzender eines Gremiums müsse man sich in den Diskussionen immer zurücknehmen, der FMH-Präsident könne sich also künftig in der DV sehr viel freier äussern. Ein Delegierter wundert sich über das Stimmenverhältnis von 10:10 angesichts der Tatsache, dass die DV insgesamt 34 ordentliche Delegierte umfasst. Für den externen Experten A. Menzl, dessen Meinung das Plenum interessiert, ist die Führung der FMH sehr komplex, weshalb er Exekutive und Legislative unter einer Führung als gut befindet. Die «Groupe de réflexion» unter

einer anderen Führung finde er bei dieser Komplexität jedoch besser.

Nach längerer Diskussion, die keine klare Meinung erkennen lässt, stellt P. Biaggi/VSAO einen *Ordnungsantrag* nach unverzüglicher Abstimmung über diese Frage mit der Begründung, die FMH habe ganz andere Probleme zu lösen, denn der Ständerat habe soeben die Verlängerung des Zulassungsstopps beschlossen.

Dem *Ordnungsantrag* wird mit grosser Mehrheit bei 4 Gegenstimmen und 1 Enthaltung *stattgegeben*.

Im anschliessenden, zeitweilig etwas unklaren Abstimmungsprozedere wird zunächst über *Variante 1* (ein Präsident für alle drei Organe ÄK, DV, ZV) abgestimmt. *Für Variante 1 sprechen sich 38 Delegierte aus*.

Die anschliessend zur Abstimmung gebrachte *Variante 2* (ein Präsident für ÄK und ZV. Die DV wird von einem eigenen Präsidenten [Vorsitzenden] geleitet) *erzielt 106 Stimmen. Variante 2 hat obsiegt*. Da dies eine Statutenänderung zur Folge hat, braucht es dafür ein Zweidrittelmehr.

P. Wiedersheim, der bereits zum nächsten Punkt weitergehen will, wird mit einem *Ordnungsantrag* von P. Vallon/SVM darauf aufmerksam gemacht, dass über Variante 2 nochmals abgestimmt werden muss, um das Zweidrittelmehr zu bestätigen. Dem Ordnungsantrag wird stattgegeben. Die nachfolgende Abstimmung ergibt 120 Ja gegen 35 Nein, womit die *Variante 2* mit Zweidrittelmehrheit klar *angenommen* wird.

Die Ärztekammer hat sich anschliessend zu den beiden Varianten unter dem Punkt «Bildung von nichtständigen Kommissionen» zu äussern. Die DV hatte sich mit 17:10 Stimmen für Beibehaltung der aktuellen Regelung ausgesprochen.

Als einziger Votant plädiert H. Kurth/SGPP für Variante 1 (Es sollen mehr als bis heute nichtständige Kommissionen, vor allem für Strategiearbeiten, im Auftrag des ZV gebildet werden. Dies entspricht den heutigen Statuten): Die DV soll zwar Aufträge an Kommissionen erteilen können, diese Kommissionen zu schaffen soll jedoch in der Kompetenz des ZV bleiben, der auch die Verantwortung über das Budget trägt.

P. Wiedersheim schreitet zur Abstimmung: Mit 90 zu 52 Stimmen wird *Variante 2 angenommen*, die vorsieht, dass auch die DV nichtständige Kommissionen schaffen kann.

P. Wiedersheim bittet anschliessend die Delegierten, über das so bereinigte Gesamtpaket abzustimmen.

Die Ärztekammer *genehmigt das «Neue Führungsmodell der FMH»* mit 137 Ja, bei 4 Gegenstimmen und 7 Enthaltungen.

De Haller bedankt sich bei P. Wiedersheim für diese wichtige Arbeit und formuliert den Wunsch, dass man sich jetzt anderen, wichtigeren Dingen als Strukturfragen widmen kann. Die Strukturen sollen uns dabei helfen voranzukommen und nicht das alleinige Ziel sein.

6. Aus den Ressorts

6.1 Medical Education

Das Traktandum Medical Education beinhaltet die Problematik der KWFB. Sie wird den Delegierten unter verschiedenen Aspekten dargelegt. Einerseits mit einem Antrag, der für die KWFB ein anderes Modell als das bestehende vorschlägt. Die Entscheidung über Weiterbildungsfragen soll dabei bei der FMH bzw. der Ärzteschaft bleiben, unter gleichzeitiger Verhinderung eines politischen Gewaltstreichs, durch den der Ärzteschaft dieses Instrument entzogen und die FMH ihrer Schlüsselposition in diesem Gebiet beraubt würde. Andererseits liegt ein Antrag des ZV vor, der die Möglichkeit einer Mandatsverlängerung des aktuellen KWFB-Präsidenten vorsieht, um diesem Zeit zu geben, eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger in diese Funktion einzuführen und damit die Kontinuität zu gewährleisten.

Der Präsident übergibt das Wort an Max Giger/KWFB-Präsident, der die Anwesenden darüber informiert, wie es mit der KWFB und dem Ressort Medical Education weitergehen soll. Einleitend streift M. Giger kurz die Geschichte der Medizinischen Weiterbildung in der FMH seit Einführung der Facharzttitel vor 35 Jahren bis zu dem am 1. September 2007 in Kraft gesetzten MedBG. Giger stellt anschliessend fest, dass die Weiterbildung in letzter Zeit unter Dauerbeschuss geraten ist. Er unterstreicht diese Feststellung u.a. mit der von der Solothurner SP-Nationalrätin Bea Heim eingereichten Motion. Nationalrätin Heim ist der Meinung, die Weiterbildungsqualität sei unzulänglich und Schweizer Ärzte würden diskriminiert. Sie fordert deshalb in ihrer Motion die Bildung eines unabhängigen Institutes für Weiterbildung. Diese Forderung wurde anschliessend vom Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierat in einem Bericht über Ärztedemographie übernommen. Mit der Schaffung eines unabhängigen Institutes würde aber nicht mehr die Ärzteschaft das Sagen haben, sondern Verwaltung und Politiker würden über die Zukunft des Arztberufes bestimmen. Giger erläutert anschliessend, welche Überlegungen er zur Zukunft der KWFB und des Ressorts Medical Education gemacht hat:

- Die Leitung des ZV-Ressorts Medical Education ist laut Giger eine derart grosse Aufgabe, dass sie auf mehrere Schultern aufgeteilt werden sollte. Die gleichzeitige Belastung mit einem Mandat im ZV muss überdacht werden.
- Im Bereich Medical Education muss nach einer idealen Führungsstruktur gesucht werden, die die FMH in eine starke Position gegenüber dem Bund versetzt. Die Ärzteschaft muss geschlossen gegen diejenigen auftreten, die ihr die ärztliche Weiterbildung wegnehmen wollen.
- Eine Verselbständigung der KWFB im Jahr 2008 ist zu diskutieren. Dazu gehört:
  - Die Wahl des Präsidenten der KWFB durch die Ärztekammer. Dieser solle zugunsten einer möglichen Aufgabenteilung nicht mehr zwingend aus dem Kreise des ZV gewählt werden.
  - Die KWFB solle die Kompetenz zur Revision der Weiterbildungsordnung und der Fortbildungsordnung und über die Ausgaben im Bereich der ärztlichen Berufsbildung erhalten.
  - Zu klären sei dabei auch die Frage nach einem eigenen Namen (z. B. «Kompetenzzentrum für ärztliche Berufsbildung») und einem eigenen Logo für die KWFB.
  - Prüfung einer rechtlichen Verselbständigung der KWFB durch beispielsweise Gründung einer Stiftung durch die FMH mit dem Ziel, dass die FMH weiterhin für die Weiterbildung verantwortlich wäre, die ein, wenn nicht ihr Kerngeschäft überhaupt darstellt. Die Amtszeitbeschränkung als ZV-Mitglied würde bei einer Überführung der KWFB in eine andere rechtliche Struktur wegfallen.
  - Die Ressourcen im Bereich AWF wollen verstärkt werden. Das bisher aus drei Personen und dem Leiter der Abteilung bestehende Büro KWFB soll verbreitert werden. Man überlegt sich dazu für die Abteilung im GS eine zusätzliche Anstellung einer Ärztin oder eines Arztes mit einem Pensum von 50–80% und mit Erfahrung im Bereich Medical Education.

Der Präsident dankt M. Giger für diese Einführungen und schlägt vor, dass man noch vor der Mittagspause die Diskussion über den Antrag Nr. 5 zu Traktandum Nr. 6.1.1 führt. V. Briner begründet den gemeinsam von der SGIM, dem VEDAG und den Ärztegesellschaften der Kantone Zürich und Bern eingereichten Antrag, der vorsieht, «dass die Ärztekammer der KWFB den Auftrag erteilt zu prüfen, welche Massnahmen geeignet sind, um den Bereich Medical Education so nahe wie möglich im Einflussbereich der Ärzteschaft zu bewahren. Insbesondere ist zuhanden der Ärztekammer im Mai 2008 ein konkreter Vorschlag auszuarbeiten, wie die KWFB juristisch verselbständigt werden könnte (‹Stiftung für ärztliche Weiterbildung›). Die bisherigen Stakeholder sind angemessen einzubeziehen (BAG, GDK, Universitätsspitäler, Fakultäten, VSAO, VLSS, Fachgesellschaften).»

Anschliessend stellt R. Stolz/VSAO den Antrag Nr. 6 zu Traktandum Nr. 6.1.1 vor. Im Unterschied zu Antrag Nr. 5 will der VSAO, dass die Ärztekammer die Prüfung von geeigneten Massnahmen dem FMH-Zentralvorstand erteilt und dass der Ärztekammer im Mai 2008 mehrere Möglichkeiten präsentiert werden.

Laut V. Briner müsste man aber beim VSAO-Antrag, der gewisse Ähnlichkeiten mit dem von ihr präsentierten Antrag aufweist, verlangen, dass der Zentralvorstand KWFB-Vertreter angemessen miteinbezieht.

Da eine Synthese beider Anträge relativ einfach möglich scheint, ist der Präsident der Meinung, dass der Zentralvorstand beide Anträge entgegennehmen kann.

Die anschliessenden Redner sprechen sich für eine Neuausrichtung der KWFB in Richtung Stiftung aus. P. Studer/Präsident VSAO präzisiert zunächst den Antrag des VSAO, der die Priorität nicht auf die Diskussion einer möglichen Rechtsform legen will, sondern zunächst auf eine Analyse, auf der aufbauend dann rechtliche Vorschläge erarbeitet werden können. Deshalb ist für ihn ein Zusammenlegen der beiden Anträge nicht so einfach möglich. Studer wechselt dann den Hut und hebt als neben Brigitte Muff/ZV zweites FMH-Mitglied in der Medizinalberufekommission hervor, dass die Kritik an der FMH nicht zum Verstummen gebracht werden kann, sollte hier eine Art «Pseudo»-Stiftung mit einer weitgehend der FMH entsprechenden Trägerschaft entstehen. M. Giger verwehrt sich dagegen, dass der unterbreitete Vorschlag eine Alibiübung sei. R. Raggenbass/ZV macht darauf aufmerksam, dass es eines ist, zu erklären, man wolle die Weiterbildung behalten, dass man dann aber auch bereit sein müsse, einen Teil der Kosten dafür zu übernehmen. Dies ruft auch den GPK-Präsidenten auf den Plan: R. Schwarz/GPK, der das Anliegen gut verstehen kann, weist darauf hin, dass damit erhebliche Aspekte finanzieller Art der FMH betroffen sein werden, die es zu berücksichtigen gilt.

Der Präsident wiederholt, dass er keine unüberwindlichen Schwierigkeiten sieht, die beiden Anträge entgegenzunehmen. Er schlägt deshalb vor, dass der ZV die beiden Motionen akzeptiert und eine breitzusammengesetzte Arbeitsgruppe bestmögliche Massnahmen zur Lösung dieser Frage ausarbeitet und an der ordentlichen Ärztekammer im Mai 2008 präsentiert. Sowohl SGIM et al. als auch VSAO erklären sich damit einverstanden.

T. Heuberger/Bern möchte als politisches Zeichen gegen aussen darüber abstimmen lassen, dass die beiden Anträge an den ZV überwiesen wurden. Der Präsident informiert über ein zu diesem Thema ausgearbeitetes Papier, das ein wesentlich konkreteres politisches Zeichen setzen kann und das nach dem Mittagessen präsentiert werden soll.

Um 12.45 Uhr wird die Sitzung für die Mittagspause unterbrochen. Die Sitzung wird um 13.55 Uhr wiederaufgenommen.

Der Präsident skizziert den weiteren Ablauf wie folgt: Zunächst wird Traktandum 6 fertigberaten, es folgt Traktandum 5.1, und anschliessend werden der Ärztekammer zwei Resolutionen zum Zulassungsstopp und zur Motion Heim unterbreitet (Traktandum 6.5 Politik). Danach geht es normal in der Traktandenliste weiter.

6.1.1 Revision der Fortbildungsordnung (FBO) und der Weiterbildungsordnung (WBO)

M. Giger/Präsident KWFB führt kurz in das Thema ein: Am vergangenen 1. September ist das Medizinalberufegesetz nach 15jähriger Vorarbeit in Kraft getreten. Die Regelungen im Bereich Weiterbildung wurden mehr oder weniger unverändert aus dem Freizügigkeitsgesetz (FMPG) übernommen. Neu hingegen ist die Fortbildung in Art. 40 lit. b MedBG im Katalog der ärztlichen Berufspflichten aufgeführt. Die Vereinheitlichung aller Berufspflichten auf Bundesebene hat zur Folge, dass auch die entsprechenden Sanktionen im MedBG geregelt sind. Eine allfällige Verletzung der Fortbildungspflicht fällt deshalb fortan in die Zuständigkeit der kantonalen Gesundheitsbehörden und nicht mehr der FMH. Aufgrund dieser Gesetzesänderungen hat die KWFB in FBO und WBO punktuelle Änderungen vorgenommen:

- Die sich teilweise widersprechenden Bestimmungen über die Sanktionen bei nicht erfüllter Fortbildung wurden aufgehoben. Aufgabe der Fachgesellschaften ist es, qualitativ hochwertige Fortbildungsveranstaltungen anzubieten und in Fortbildungsprogrammen eine nachweisbare und strukturierte Fortbildung zu fordern. Die Aufsichtsfunktion ist neu den dafür zuständigen Gesundheitsdirektionen zu überlassen. Im Sinne einer Dienstleistung sollen alle FMH-Mitglieder ein Fortbildungsdiplom erhalten, wenn sie das von der zuständigen Fachgesellschaft vorgeschriebene Fortbildungsprogramm erfüllen. Dieses wird von den Kantonen als genügender Fortbildungsnachweis anerkannt.
- Als teilweise problematisch hat sich in den letzten Jahren herausgestellt, bei Mehrfachtitelträgern die Erfüllung aller entsprechenden Fortbildungsprogramme zu verlangen, weil viele Ärztinnen und Ärzte nicht mehr auf dem Gebiet tätig sind, für das sie vor langer Zeit einen Titel erworben haben. Die Fortbildungspflicht soll sich deshalb auf die aktuelle Berufstätigkeit beschränken. Von den 50 geforderten nachweisbaren Credits pro Jahr sollen nur noch die Hälfte (25 Credits) von der Fachgesellschaft als fachspezifische «Kernfortbildung» definiert werden. Bis zu 25 Credits können als «erweiterte» Fortbildung gesammelt werden, wenn sie von anderen Fachgesellschaften, einer kantonalen Ärztegesellschaft oder der FMH anerkannt sind. Für ihre eigenen Mitglieder kann die Fachgesellschaft zusätzliche Anforderungen stellen und ein «Akademiediplom» abgeben. (Die SGGG praktiziert dies bereits.)
- Die Qualitätsförderung der Fortbildungsveranstaltungen soll ins Zentrum gerückt werden: Die FBO schreibt neu vor, dass die Fachgesellschaften alle regelmässig durchgeführten FB-Veranstaltungen nach Möglichkeit evaluieren müssen. Die FMH soll den Fachgesellschaften eine einheitliche Internetplattform anbieten, um eine effiziente Creditvergabe und eine einfache Evaluation der FB-Veranstaltungen zu ermöglichen.
- Auf FBO-Ebene ist keine Zentralisierung gewünscht. Einheitliche Empfehlungen werden nur für die Aufbewahrung von Unterlagen über Fortbildungsaktivitäten, den Titelverzicht und die Befreiungsgründe ausgearbeitet.
- 2008 wird das «Portfolioprojekt» weiterverfolgt: Es sollen nicht nur FB-Veranstaltungen besucht und Credits gesammelt werden, sondern Elemente der Selbstreflexion und Diskussion sollen den Output der individualisierten Fortbildung erhöhen und dadurch die Patientenbetreuung verbessern. Einzelne

Fachgesellschaften stellen sich für eine Pilotphase zur Verfügung.
– Die in der WBO vorgenommenen Änderungen sind grösstenteils redaktioneller Natur. Soweit es nicht die Fortbildung betrifft, gehört einzig Art. 33 (Anerkennung ausländischer Weiterbildung) zu den wichtigen Revisionspunkten.

Der Bund hat sich im Rahmen der Akkreditierung sowie bei der Ausarbeitung der Verordnung zum MedBG mehrmals klar dazu geäussert, dass er die bisherige Regelung – «mindestens die Hälfte der fachspezifischen Weiterbildung […] muss an anerkannten Weiterbildungsstätten in der Schweiz gemäss den Anforderungen des entsprechenden Weiterbildungsprogramms absolviert werden» – nicht mehr akzeptieren werde. Es ist in der Tat unklar, ob Art. 33 WBO im Streitfall vor der EU-Richtlinie 93/16 bestehen würde. Eine moderate Liberalisierung – mindestens zwei Jahre fachspezifische Weiterbildung in der Schweiz – ist in jedem Fall als Minimum zu fordern.

Abs. 3: Die geltende Regelung ist vor allem bei denjenigen Facharzttiteln unbefriedigend, die in der EU-Richtlinie nicht aufgeführt sind und infolgedessen vom Bund nicht anerkannt werden können. Eine weiter gehende Liberalisierung ist hier gerechtfertigt, kann doch einem ausländischen Titelinhaber nicht zugemutet werden, eine zweijährige Assistenzarzttätigkeit zu wiederholen. Damit Schweizer Kandidaten nicht diskriminiert werden, werden in diesen Fällen die Gleichwertigkeit, die Gegenseitigkeit und die bestandene schweizerische Facharztprüfung verlangt.

Zu diesem Geschäft liegen zwei Anträge vor: Die SGIM befürchtet, dass ein falsches Zeichen gesetzt wird, wenn sich Mehrfachtitelträger nur noch auf die Erfüllung eines Fortbildungsprogramms beschränken dürfen (Art. 10a FBO). Sie verlangt deshalb mit Antrag Nr. 3: «Fortbildungspflichtige Ärztinnen und Ärzte absolvieren diejenigen Fortbildungsprogramme, die ihrer aktuellen Berufstätigkeit entsprechen. Inhaber mehrerer Facharzttitel und/oder Schwerpunkte dürfen sich auf diejenigen Fortbildungsprogramme beschränken, die sie für ihre Berufstätigkeit benötigen.»

Die Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin will die bestandene Facharztprüfung in der Schweiz (Art. 33 Abs. 3) nicht in jedem Fall verlangen. T. Plattner/Rechtsmedizin verlangt mit Antrag Nr. 4: «Bei einem nicht in der EU-Richtlinie aufgeführten Facharzttitel (vgl. Ziffer 1 lit. c im Anhang) darf die Weiterbildung vollständig im Ausland absolviert werden. Neben der in Absatz 1 geforderten Gleichwertigkeit muss eine Bestätigung der zuständigen Behörde über die gegenseitige Anerkennung nachgewiesen werden. Bei Unklarheiten über die Gleichwertigkeit einzelner Weiterbildungselemente kann die Titelkommission diese Elemente zwar anrechnen, zusätzlich aber den Nachweis der bestandenen Facharztprüfung in der Schweiz einfordern.»

In der anschliessenden Abstimmung wird der *Antrag Nr. 3/SGIM* zu Traktandum Nr. 6.1.1 mit 72 zu 65 Stimmen *angenommen*.

Die Ärztekammer *genehmigt* danach auch den *Antrag Nr. 4/Rechtsmedizin* zu Traktandum Nr. 6.1.1 *mit überwältigendem Mehr*.

Der Präsident bittet anschliessend die Delegierten, über den Antrag Nr. 1 zu Traktandum 6.1.1, unterbreitet durch KWFB und ZV, abzustimmen. Die Ärztekammer *stimmt* mit grosser Mehrheit, ohne Gegenstimmen und bei einer Enthaltung der Revision der Fortbildungsordnung (FBO) und der Revision der Weiterbildungsordnung (WBO) mit den oben erwähnten Änderungen *zu*.

5.1 Ermöglichen einer Wiederwahl von Max Giger in den FMH-Zentralvorstand im Mai 2008

(Max Giger verlässt während der Verhandlungen zu diesem Traktandum den Saal.)

Der Präsident informiert, dass der Zentralvorstand in den letzten Sitzungen versucht hat, die Situation bezüglich der Gesamterneuerungswahlen etwas zu klären. Er wird diese Diskussion in seiner Sitzung vom Januar 2008 wiederaufnehmen. Die Ergebnisse sollen Ende Januar 2008 kommuniziert werden, so dass den Gesellschaften genügend Zeit bleibt, sich auf die Wahlen im Mai 2008 vorzubereiten. Klar ist die statutarische Regelung bezüglich des aktuellen KWFB-Präsidenten. Für den Zentralvorstand wäre es sehr wichtig, in dieser Frage einen gewissen Handlungsspielraum zu haben, d.h. trotz der statutarischen Vorgaben (Amtszeitbeschränkung) eine Verlängerung des bisherigen Mandates von Max Giger um 2 Jahre ins Auge fassen zu können. Der Zentralvorstand braucht die Meinung der Ärztekammer dazu heute. De Haller präzisiert, dass es sich selbstverständlich nicht um eine Wahl handelt.

Neben dem Antrag des Zentralvorstandes wurden zwei weitere Anträge eingereicht: Während M. Weber/SGPMR mit Antrag Nr. 2 zu Traktandum Nr. 5.1 Nichteintreten auf den Antrag Nr. 1 verlangt, sieht der von VEDAG und SGIM gemeinsam eingereichte Antrag Nr. 3 zu

Traktandum Nr. 5.1 eine Ergänzung der Übergangsbestimmungen (Art. 56a Abs. 1 der Statuten) wie folgt vor: «Dies gilt nicht für dasjenige ZV-Mitglied, das die KWFB präsidiert.»

M. Weber/SGPMR bezieht sich auf die heute gefassten Beschlüsse zur Zukunft der KWFB und begründet seinen Antrag damit, dass etwas Neues auch neu angepackt werden soll. Laut R. Stolz/VSAO hat der VSAO in einer internen Sitzung ebenfalls Nichteintreten beschlossen und schliesst sich deshalb dem Antrag Weber an.

C. Ramstein/VEDAG verweist in seiner Begründung auf die stets klare Position von Max Giger und seine immer klaren Signale. Zudem müsse man sich auf die Akkreditierung, die in drei Jahren wieder fällig ist, mit einer erfahrenen Person vorbereiten.

Hp. Kuhn/stv. Generalsekretär gibt eine juristische Begründung für die Unterbreitung des ZV-Antrags an der heutigen Sitzung: Weil man die Statuten nicht sofort einführen kann – und um eine Statutenänderung würde es sich bei der Verlängerung des Mandates von M. Giger handeln –, könnten diese erst etwa im August 2008 (nach der zweimonatigen Einsprachefrist ab Publikation des Ärztekammerprotokolls) in Kraft treten. Max Giger müsste also in diesem Falle sofort nach der Ärztekammer aus dem ZV ausscheiden.

Mehrere Voten fallen anschliessend zugunsten einer Mandatsverlängerung. Der Präsident weist auf die Differenz zwischen dem ZV-Antrag, der nur eine Verlängerung von zwei Jahren vorsieht, und demjenigen von VEDAG und SGIM hin, mit dem eine definitive Niederschreibung in den Statuten verlangt würde. Er plädiert deshalb für den ZV-Antrag.

Antrag Nr. 2 zu Traktandum Nr. 5.1 von M. Weber/SGPMR auf Nichteintreten wird in der anschliessenden Abstimmung *abgelehnt*, *Eintreten* ist also *beschlossen*.

Danach wird der *Antrag Nr. 3* zu Traktandum Nr. 5.1 mit 70 zu 61 Stimmen *abgelehnt*.

Schliesslich wird der *Antrag Nr. 1* des Zentralvorstands zu Traktandum Nr. 5.1 mit klarer Mehrheit *angenommen*. Die Zweidrittelmehrheit ist gegeben.

Max Giger betritt wiederum den Saal und wird mit herzlichem Applaus empfangen.

5.2 Einsitznahme des Dachverbandes fPmh (foederatio Paedo-medicorum helveticorum) in die Ärztekammer gem. Art. 25 Abs. 2 der Statuten der FMH

Die fPmh oder Ärztliche Union für Kinder und Jugendliche ist der Dachverband der medizinischen Fachgesellschaften für Kinder und Jugendliche. Vertreten in diesem Dachverband sind die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, die Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie und die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie). Der fPmh existiert seit 2006 und hat zum Ziel, sich für eine auf Kinder und Jugendliche zugeschnittene spezifische medizinische Behandlung in der Politik und in den Medien einzusetzen und diese zu fördern. J. Hofer/SGP begründet den Antrag.

Der *Antrag Nr. 1* zu Traktandum Nr. 5.2 auf Einsitznahme in der Ärztekammer mit Diskussions- und Antragsrecht wird mit klarer Mehrheit, bei 6 Gegenstimmen und einigen wenigen Enthaltungen *angenommen*. Die erforderliche Zweidrittelmehrheit ist gegeben. Die fPmh wird im Anhang III der FMH-Statuten angefügt.

6.5 Politik

(Zu den Traktanden 6.5.1 KVG-Revision und 6.5.3 liegen keine aktuellen Informationen vor, und es werden auch keine Fragen gestellt.)

6.5.2 Zulassungsstopp

Der Präsident unterbreitet anschliessend den Delegierten zwei Resolutionen, für die er die Meinungsäusserung der Ärztekammer haben möchte, um ihnen in der Öffentlichkeit mehr Gewicht zu geben. Die eine betrifft den Zulassungsstopp, die andere die Motion Heim und alles, was in ihrem Fahrwasser mitschwimmt.

Zulassungsstopp

Der Ständerat hat heute morgen beschlossen, den Zulassungsstopp um weitere zwei Jahre zu verlängern, um dem EDI Zeit zu geben, die Vertragsfreiheit vorzubereiten. Der Nationalrat wird darüber als Zweitrat in der Märzsession 2008 beschliessen. Heute morgen, vor der Sitzung des Ständerates, hat die FMH ein Pressecommuniqué publiziert, um ihre Position vor den Verhandlungen klarzumachen. Nach de Haller sollte die Ärztekammer jetzt eine Resolution verabschieden, die man vorläufig noch in der Hinterhand behalten kann, aber die zu haben wichtig für die weiteren Verhandlungen ist, insbesondere im Hinblick auf die Frühlingssession. Die vom VSAO vorbereitete Resolution wird projiziert und von P. Studer/VSAO erläutert. Die DV hat das Thema bereits diskutiert und eine inhaltsgleiche Position beschlossen. Kappeler/ZV schlägt vor, den letzten Satz etwas umzuformulieren, um sich nicht selbst in Zugzwang zu bringen. Die Resolution beinhaltet eine eindeutige Positionierung gegen die Verlängerung des Zulassungsstopps und die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

Nach eingehender Diskussion wird die *Resolution* mit der von Kappeler/ZV vorgeschlagenen und vom VSAO akzeptierten Änderung *einstimmig angenommen*.

J. Schlup/BE unterbreitet der Ärztekammer einen mündlichen Antrag zum Zulassungsstopp mit folgendem Wortlaut: «Die Ärztekammer ruft die praktizierende Ärzteschaft auf, im Februar 2008 einen Praxisstreiktag durchzuführen als Zeichen des Protestes gegen die erneute Verlängerung des Zulassungsstopps.»

O. Kappeler/ZV informiert, dass die DV beschlossen hat, ein Positionspapier zum Zulassungsstopp zu erarbeiten, das bis Ende Jahr vernehmlassungsfähig vorliegen muss, um dann wieder in der DV behandelt zu werden. Die wichtigsten Elemente sind die Handlungsoptionen, die wir haben. Er möchte deshalb den Vorschlag Schlup in dieses Papier integrieren und in der DV zur Abstimmung zu bringen.

In der anschliessenden regen Diskussion gehen die Meinungen weit auseinander. Der Präsident schlägt deshalb vor, das Thema nach der Pause, die Gelegenheit bietet, untereinander darüber zu diskutieren und sich eine klarere Meinung zu bilden, wiederaufzunehmen, nun aber in der Traktandenliste vorwärtszugehen.

Motion Heim

Der Wortlaut der Resolution wird projiziert und von Max Giger/KWFB erläutert. Die Resolution beinhaltet u.a. den wichtigen Beschluss, den die Ärztekammer heute bezüglich KWFB beschlossen hat. Das Communiqué wird möglichst rasch an die Presse verschickt werden.

Die Ärztekammer beschliesst *mit grosser Mehrheit*, ohne Gegenstimmen und bei vier Enthaltungen *Annahme der Resolution*.

Der Präsident gibt das Wort für die beiden folgenden Traktanden an Max Giger/KWFB weiter.

6.1.2 Schaffung eines neuen Schwerpunktes «Operative Gynäkologie und Geburtshilfe»

Da das Wort nicht verlangt wird, bringt M. Giger den von KWFB und ZV unterbreiteten Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 6.1.2 zur Abstimmung. Die Schaffung des neuen Schwerpunktes wird *mit grosser Mehrheit*, bei 3 Gegenstimmen und 5 Enthaltungen *angenommen*.

6.1.3 Schaffung des Fähigkeitsausweises Klinische Notfallmedizin (SGNOR)

M. Giger/KWFB erachtet diesen Fähigkeitsausweis für das Betreiben von interdisziplinären Notfallstationen als dringend notwendig; in verschiedenen Ländern gibt es für diesen Bereich bereits Facharzttitel. Der Kompetenzkatalog muss noch im Detail zwischen den einzelnen Fachgesellschaften abgeglichen werden, was aus seiner Sicht aber nicht von grosser Bedeutung ist. Viel wichtiger ist die Schaffung dieses Fähigkeitsausweises. Er bittet deshalb die Ärztekammer um Zustimmung, unter der Bedingung, dass der Ausschuss der KWFB am 13. März 2008 definitiv den Kompetenzkatalog verabschiedet.

O. Schöb/SGC erläutert seinen Antrag Nr. 2 zu Traktandum Nr. 6.1.3, mit dem die Annahme zur Schaffung dieses Fähigkeitsausweises aus formalen und inhaltlichen Gründen auf die nächste ordentliche Ärztekammer verschoben werden soll, mit gleichzeitiger Rückweisung des Geschäfts an die KWFB. Er betont, dass man der KWFB, die ihre Arbeit richtig gemacht habe, nicht in den Rücken fallen wolle. Das Problem liege jedoch beim Kompetenzkatalog, dessen Inhalt nicht ausreichend definiert sei und in dem wichtige Punkte der SGC bis heute nicht berücksichtigt seien. Das «Pièce de résistance» sei, dass die SGIM den Antrag gestellt habe, 1 Jahr Innere Medizin für obligatorisch zu erklären.

Laut V. Briner/SGIM kann sich die SGIM einverstanden erklären, dass es diesen Fähigkeitsausweis gibt. Über die Details des Kompetenzkataloges müsse man jedoch nochmals zusammensitzen und diese festlegen. Auf explizite Nachfrage aus dem Plenum erklärt sich die SGIM bereit, auf ihre Forderung zu verzichten, wenn sie bei den Details des Kompetenzkatalogs wirklich mitreden kann.

Nach Giger/KWFB tun die Diskussionen zwischen diesen beiden Gesellschaften der Schaffung des Fähigkeitsausweises keinen Abbruch, die KWFB erhält aber so den klaren Auftrag von der Ärztekammer, am 13. März 2008 diesen Fähigkeitsausweis entsprechend dem durchgeführten «Feintuning» zu verabschieden. Sollte dies nicht gelingen, wird die KWFB garantiert mit dem Geschäft wieder zurück in die Ärztekammer kommen.

Die Differenzen zwischen SGC und SGIM können nicht ausgeräumt werden, weshalb M. Giger/KWFB vorschlägt, das Geschäft am 13. März 2008 in die KWFB zurückzunehmen und heute nicht darüber abzustimmen zu lassen.

Die Sitzung wird für eine kurze Pause unterbrochen. (Nach der Pause: Wiederaufnahme des Traktandums 6.5.2.)

Schlup/Bern präzisiert seinen Antrag, indem er das Wort Praxisstreiktag nun durch Praxis*stopp*tag – in Anlehnung an den Zulassungs*stopp* – ersetzt.

Am Rednerpult: Max Giger.

Nach Meinung des Präsidenten sollte die Ärztekammer jetzt nicht einen Beschluss fassen, bei dem noch nicht ganz klar ist, ob man ihn überhaupt umsetzen kann. Er schlägt deshalb den Delegierten vor, die vom ZV zur Ausarbeitung des Papiers zum Zulassungsstopp gebildete Arbeitsgruppe, in der auch der VSAO vertreten ist, zu mandatieren, die nötigen Massnahmen, die selbstverständlich beinhalten, dass man ganz klare Zeichen setzt, für die Zeit vor der Märzsession des Parlamentes auszuarbeiten und zu organisieren.

Nach einer weiteren Diskussion bittet der Präsident, über den Antrag Schlup/Bern und den Vorschlag der Arbeitsgruppe des Zentralvorstandes, die entsprechende Massnahmen vorbereiten soll, abzustimmen.

Der *Antrag von J. Schlup/Bern* wird mit 65 zu 52 Stimmen *abgelehnt*.

Die *Ärztekammer spricht sich* damit *für die Mandatierung der Arbeitsgruppe aus*.

Rückkommensantrag der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie auf Traktandum 6.1.3 Schaffung eines Fähigkeitsausweises Klinische Notfallmedizin (SGNOR)

M. Giger/KWFB hat das Geschäft in die KWFB zurückgenommen. Die SGC will jedoch über den Antrag O. Schöb/SGC abstimmen lassen.

Die Ärztekammer stimmt mit *grosser Mehrheit* für *Zurückweisung an die KWFB*. Für die Behandlung an der heutigen Sitzung sprechen sich 6 Delegierte aus, ebenfalls 6 Delegierte enthalten sich der Stimme.

(Weitergang der Verhandlungen mit Traktandum 6 Aus den Ressorts.)

6.2 Tarife und Verträge

Der Präsident übergibt das Wort an E. Gähler/ZV, der die Delegierten über verschiedene Geschäfte aus seinem Ressort informiert.

6.2.1 Verhandlungen UV/MV/IV

Nach Vertrag sind Verhandlungen über eine Taxpunktwertanpassung möglich, wenn der LIKP im Vergleich zum Jahr 2001 um 5% ansteigt, was seit April 2007 der Fall ist. Die Kosten befinden sich zurzeit leicht im Steigen, sind aber weit von der Interventionsgrenze entfernt. Der MTK wurde deshalb der Antrag gestellt, den Taxpunktwert um 7 Rappen zu erhöhen. Die MTK wollte davon nichts wissen und hat zwei Wege aufgezeigt: 1. den formalen Weg, den die FMH beantragt hat. Die MTK sieht hier Probleme beim Bund, der Kosten senken will, und beim Preisüberwacher. 2. einen politisch-taktischen Weg, der aus MTK-Sicht mehr Gewicht hat. Mit dem Argument, die MTK müsste einen Mehrwert für die Taxpunkterhöhung haben, legte sie ein ganzes Paket mit neu zu beschliessenden Vereinbarungen und einer Vertragsänderung vor. Das Ressort Tarife und Verträge hat in der Folge seine Anträge an die Delegiertenversammlung gestellt, sie beinhalten die Festsetzung der Interventionsgrenzen für 2008, die Wahl des formalen Weges für die Taxpunktwertanpassung von 7 Rappen und den vorbehaltenen Entschluss, das Zeitfenster für Verhandlungen, sofern es zu solchen kommt, bis im Frühjahr 2008 zu öffnen. Falls die MTK nicht reagiert, könnte im schlechtesten Fall eine Vertragskündigung auf den 31. Dezember 2007 ins Auge gefasst werden. Die Delegiertenversammlung hat alle diese Anträge einstimmig gutgeheissen.

6.2.2 Labor

Hängig ist beim BAG immer noch eine *Revision der Analysenliste*. Aktueller Stand: Das BAG hat sich ganz klar zum Praxislabor bekannt; die FMH hat klar deponiert, dass Nachteile einer Revision für das Praxislabor mit einer Administrations- und Infrastrukturpauschale AIP abgegolten werden müssten; die Umsetzung kommt frühestens auf Anfang 2009 zustande, der Taxpunktwert für 2008 bleibt gleich wie bisher. Die FMH wird keine Absenkung tolerieren, Mindestziel ist eine «kostenneutrale Umsetzung».

Zur *Internen Qualitätskontrolle*: Die QUALAB hat die Richtlinien verfasst, und eine Vernehmlassung wurde durchgeführt. Eine bereits vorher gebildete Projektgruppe Labor (Marc Müller, Heini Haldi, Jürg Rufener/KHM; Peter Tschudi, Jean Philip Grob/KKA; Roman Fried, Simon Stettler/Experten; Beat Bumbacher/Tarifdienst,

Ernst Gähler/ZV FMH, Leitung) – leider hat die SFSM niemanden delegiert – hat Vorschläge für die Vernehmlassung eingebracht und letztere auch begleitet. Die Richtlinien zur «Internen Qualitätskontrolle der QUALAB» sind 28 Seiten lang. Die Projektgruppe hat deshalb die für das Praxislabor geltenden Bestimmungen in einem separaten Papier zusammengefasst und bei der QUALAB dafür ein eigenes Kapitel beantragt. In der Vernehmlassung hat sich die Ärzteschaft grossmehrheitlich positiv zu den Vorschlägen der Projektgruppe geäussert. Die DV hat das Vorgehen und die Vernehmlassungsantwort, die den Delegierten vorliegt, mit 1 Gegenstimme und 1 Enthaltung gutgeheissen.

Strategiepapier des Ressorts Tarife und Verträge

E. Gähler/ZV stellt anschliessend das Strategiepapier vor, das die Richtung angibt, in die das Ressort gehen will. Es soll ein Kompetenzzentrum geschaffen werden, das die Voraussetzungen für eine optimale Zusammenarbeit und eine bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen schaffen soll. Das Ressort DDQ, die AWF, der Rechtsdienst, die Fachgesellschaften, die KKA, die NewIndex und die NAKO sollen miteinbezogen werden. Die DV hat auch diesem Strategiepapier zugestimmt, und zwar einstimmig.

Projekte TARMED Suisse

Die Kapitelrevisionen für eine Modernisierung des Tarifes sind sehr kompliziert und komplex (siehe RE III). Hauptprobleme dabei sind die Grundlagenmodelle – das Koreg-Modell für die Abbildung der ambulanten Praxen, die INFRA für die Abbildung der Spitäler und Institutionen. Beide Modelle sind mehr als 10 Jahre alt. Das Leitungsgremium TARMED Suisse hat deshalb ein Projekt beschlossen, das die Modernisierung dieser Modelle beinhaltet: INFRA wird revidiert, für die Koreg wird ein neues Modell erarbeitet. Die FMH hat beim Leitungsgremium erwirkt, dass es wieder ein empirisches Modell sein wird, das wirklich die Praxis abbildet, und den Lead für dieses Projekt angemeldet. Das Leitungsgremium will ebenfalls die Minutagen anpassen, die z.T. nicht mehr stimmen.

6.2.5 RE III

Der Bundesrat hat am 21. November 2007 die neue TARMED-Version 1.05 genehmigt. Sie tritt auf den 1. Januar 2008 in Kraft und beinhaltet u.a. die Medikamentenabgabe durch nichtärztliches Personal (Antabus, Methadon und Buprenorphin), den Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie sowie das RE III (bildgebende Verfahren). Im RE III wurde das Kapitel 30 revidiert und in ein neues Kapitel 39 überführt. Gute und sehr verständliche Informationen über diese komplexe Revision findet man unter www.arzttarif.ch.

Auf eine Frage aus dem Plenum bezüglich Margenkürzung in der DMA antwortet E. Gähler, dass das BAG tatsächlich im Herbst eine Reduktion des Vertriebsanteils initiieren wollte. Die FMH habe dies aber zusammen mit dem VEDAG und den Apothekern, die davon auch betroffen gewesen wären, abblocken können. Das BAG hat daraufhin das Unterfangen auf Eis gelegt, wird aber 2008 wieder damit kommen. Die FMH bereitet sich darauf vor, indem sie eine Strategiegruppe DMA gebildet hat, in der auch das KHM, der VEDAG und die APA vertreten sind.

Der von P. Vallon/SVM eingereichte Antrag Nr. 1 zu Traktandum 7 wird an dieser Stelle behandelt. Vallon verlangt, dass Anträge, die die Einführung oder Änderungen des TARMED beinhalten und die alle FMH-Mitglieder betreffen, zumindest in deutsch und französisch kommuniziert werden. Der Präsident hat für dieses Anliegen ein offenes Ohr und verspricht, dass man die Umsetzung prüfen und eine Lösung finden werde.

6.3 Daten, Demographie und Qualität

O. Kappeler/ZV informiert über zwei aktuelle Projekte aus seinem Ressort:

6.3.1 ReMed

ReMed wurde vor dem Hintergrund gegründet, dass der Arztberuf ein verantwortungsvoller, herausfordernder und anspruchsvoller Beruf mit besonderen Risikofaktoren ist. Es können beruflich-persönliche Probleme wie Burnout, Substanzmissbrauch oder Depressionen auftreten. ReMed soll FMH-Mitgliedern in solchen Krisensituationen Unterstützung bieten mit Angeboten wie Mentoring, Coaching und in einer fortgeschrittenen Phase mit einem Assessment. ReMed ist operativ unabhängig von der FMH.

Aufgrund einer Machbarkeitsstudie wurde beschlossen, ReMed in zwei Pilotkantonen einzuführen (ReMed Thurgau ist Anfang November gestartet, ReMed Neuenburg ist im Aufbau). Bereits sind erste Kontaktaufnahmen von betroffenen Ärztinnen und Ärzten erfolgt. Oberstes Prinzip ist die Vertraulichkeit. Anfragen können per Telefon 0800 0REMED (0800 073633) oder E-Mail (Kontaktformular auf der Website www.swiss-remed.ch) erfolgen. Im Gespräch wird dann nach den entsprechenden Möglichkeiten gesucht. ReMed wird von den Kantonalen Gesellschaften und Fachgesellschaften getragen

und ist in einer engen Absprache mit den Kantonsärzten organisiert, damit die Vertraulichkeit sichergestellt werden kann. Es sind aber auch Anlaufstellen ausserhalb des unmittelbar ärztlichen Bereiches eingebunden. Eine lokale Koordination steht den Anfragenden zur Verfügung.

Revision Ärztestatistik
Der Zentralvorstand hat im Februar 2007 beschlossen, die Ärztestatistik zu revidieren, weil sie in ihrer bisherigen Form eine ungenügende Datengrundlage darstellt. Ziel und Zweck der Revision sind, den Fokus auf die in der Schweiz berufstätigen Ärztinnen und Ärzte zu legen und hier eine kontinuierliche Datenerhebung zu soziodemographischen Angaben, zur Aus- und Weiterbildung und zur beruflichen Tätigkeit durchzuführen, ergänzt durch jährlich durchgeführte differenzierte Fragestellungen. Partner und «Kunden» (z.B. Bundesamt für Statistik) wurden von Beginn an in eine wissenschaftliche Begleitgruppe eingebunden. Im November wurde eine breite Vernehmlassung bei allen im Projekt involvierten Personen und Organisationen durchgeführt. Insbesondere bei der Frage «Wer ist ein Grundversorger?» zeigt sich ein erhöhter Abstimmungs- und Definitionsbedarf. Zu Beginn des nächsten Jahres wird eine erste Publikation in der Schweizerischen Ärztezeitung erscheinen. Im Januar findet insbesondere zur Definition der Grundversorgerfrage eine breitangelegte Diskussionsrunde statt. Die Datenerhebung läuft Anfang 2008 an und wird dann komplettiert im Laufe des Jahres.

6.4 Gesundheit und Prävention

6.4.1 «Mutterschutz in der Arztpraxis»
B. Weil/Koordinatorin Prävention im GS führt kurz in das Thema ein. Seit 2001 gibt es die Mutterschutzverordnung, die auch Geltung für ärztliche Arbeitgeber hat, die diese Verordnung in ihren Praxen umsetzen müssen. Eine von der FMH eingesetzte Arbeitsgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, ein knappes und klares und vor allem einfach zu handhabendes Instrument zu schaffen, damit der Arbeitgeber (Ärztin/Arzt) weniger Zeit verliert mit der notwendigen Risikoanalyse (sie soll nur etwa 15–20 Minuten benötigen), damit die Zusammenarbeit mit dem behandelnden Gynäkologen vereinfacht und die schwangere MPA, allenfalls mit den nötigen Schutzmassnahmen, so lange wie möglich in der Praxis beschäftigt werden kann. Das Dossier, das anschliessend von den beiden Projektleiterinnen E. Graf und B. Merz (beide SGARM) den Delegierten bezüglich Inhalt und Handhabung erläutert wird, steht ab Januar 2008 in deutsch und französisch auf der FMH-Website www.fmh.ch zur Verfügung.

7. Varia
Zwei aus dem Bereich Kommunikation vorgesehene Informationen müssen aus Zeitgründen weggelassen werden. Es handelt sich einerseits um das Politoscope, eine Internetseite, auf der sowohl landesweit wie auch kantonal sämtliche Motionen, Postulate, laufende Gesetzesrevisionen usw. im Bereich Gesundheitswesen aufgeführt sind. Politoscope ist seit heute auf *my*FMH aufgeschaltet. Die zweite Information betrifft ein Rundtischgespräch mit am Gesundheitswesen interessierten Parlamentarierinnen und Parlamentariern, das die FMH am 19. Dezember 2007 zum ersten Mal durchführt. Dieser Anlass soll künftig regelmässig stattfinden.

P.-A. Schneider/SVM möchte über den aktuellen Stand der Integration von HIN in die HPC orientiert werden. M. Giger/ZV informiert, dass das Projekt im Zeitplan ist, insbesondere sind die Fragen zur Registrierung gelöst. Verhandlungen bezüglich Zusammenarbeit zwischen HIN und Swisscom sind im Gange. HIN fordert ein detailliertes Pflichtenheft betreffend seine Aufgaben im Rahmen einer möglichen Zusammenarbeit und wird dieses so rasch wie möglich von der Swisscom erhalten. HIN will jetzt nicht mehr eine Speicherung des ASAS-Zertifikates auf der HPC, sondern vielmehr eine Integration der HPC in die HIN-Anwendungen (technische Abklärungen bezüglich Schnittstelle laufen). Sollten hier Probleme auftreten, wird die Software für ein Development-Kit entwickelt und zur Verfügung gestellt.

Unter Varia hatte A. Girr/Zürich noch eine Information über die MWSt-Revision verlangt. Angesichts der fortgeschrittenen Zeit schlägt der Präsident vor, hierzu in den kommenden Wochen eine ausführliche Information in der SÄZ zu publizieren, der die Position der FMH klar zu entnehmen sein wird.

Der Präsident schliesst die Sitzung um 17.09 Uhr. Aus aktuellem Anlass werden die Delegierten vom «Samichlaus» mit einem süssen Geschenk und den besten Wünschen für die Festtage verabschiedet.

Glossar

AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
ÄK	Ärztekammer
AMG	Ärztegesellschaft des Kantons Genf
AWF	Aus-, Weiter- und Fortbildung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
DDQ	Daten, Demographie, Qualität
DMA	Direkte Medikamentenabgabe
DV	Delegiertenversammlung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
FB	Fortbildung
FBO	Fortbildungsordnung
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
FMPG	Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft
fPmh	foederatio Paedo-medicorum helveticorum Ärztliche Union für Kinder und Jugendliche
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GPK	Geschäftsprüfungskommission
GS	Generalsekretariat
HIN	Health Info Net
HPC	Health Professional Card
INFRA	Infrastrukturkosten
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin
KKA	Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften
Koreg	Kostenrechnung
KWFB	Kommission für Weiter- und Fortbildung
LIKP	Landesindex der Konsumentenpreise
MedBG	Medizinalberufegesetz
MedGes	Medizinische Gesellschaft Basel
MPA	Medizinische Praxisassistentin
MTK	Medizinaltarifkommission
MWSt	Mehrwertsteuer
NAKO	Nationale Konsolidierungsstelle
QUALAB	Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor
ReMed	Rete medicorum
SFSM	Swiss Federation of Specialities in Medicine
SGAM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
SGARM	Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin
SGC	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
SGNOR	Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin
SGPMR	Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SVM	Société vaudoise de médecine
UV/MV/IV	Unfallversicherung/ Militärversicherung/ Invalidenversicherung
VEDAG	Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften
VLSS	Verband der Leitenden Spitalärzte der Schweiz
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
WBO	Weiterbildungsordnung
ZV	Zentralvorstand