



Das Kongresshaus in Biel.

Kongresshaus, Biel, 11. Dezember 2008

# Protokoll der ausserordentlichen Ärztammer

Erika Flückiger, Leiterin Dienste

Ein Glossar mit den  
am häufigsten verwendeten  
Abkürzungen finden Sie  
auf Seite 163.

## 1. Begrüssung, Mitteilungen, Bestellung des Büros

Nachdem das erforderliche Quorum der Hälfte der stimmberechtigten Delegierten erreicht ist, eröffnet der FMH-Präsident, *Jacques de Haller*, um 9.36 Uhr die Sitzung. Er begrüsst die Anwesenden und die Gäste: *Jon Caflish* für das Traktandum Nr. 8.1.1 Entwicklungspädiatrie, *Franz Caduff* und *Ulrich Schnyder* für das Traktandum 8.1.2 Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, die Mitglieder der Geschäftsprüfungskommission (GPK): *Roland Schwarz* und *Philippe Rheiner*, den Chefredaktor der Schweizerischen Ärztezeitung *SÄZ Bruno Kesseli*, *Reinhard Kunz*, Geschäftsführer der FMH Services sowie *Kurt Schreier*, den designierten Präsidenten der Ärztesgesellschaft des Kantons Schwyz. Der Präsident verabschiedet gleichzeitig *Thomas Keller*, der heute zum letzten Mal als Präsident der KG Schwyz anwesend ist, und dankt ihm für seine langjährige Tätigkeit. Nach ein paar

technischen und organisatorischen Informationen bestellt *der Präsident* das Büro der heutigen Sitzung. Es besteht aus dem Präsidenten, den beiden Vizepräsidenten, dem Generalsekretär und folgenden Stimmenzählern: *Pierre Vallon/SGPP*, *Markus Reber/LU*, *Philippe Rheiner/GE* und *GPK*, *Mitsouko Kondo Oestreicher/SGKPT*, *Günther Gruber/SGRO*, *Carlo Moll/VLSS*, *Urs Stoffel/ZH*, *Michaël Hofer/SGP*, *Fabrice Dami/VSAO*, *Christoph Bosshard/VSAO*. Den Zeitpunkt, nach dem keine Beschlüsse und Wahlen mehr durchgeführt werden können, legt *der Präsident* auf 17.00 Uhr fest.

Für die heutige ausserordentliche Ärztekammersitzung sind nach Versand der Einladung folgende Anträge auf Nachtraktandierung eingegangen: Antrag *Maurice Stauffacher/VD*, Traktandum 4.2, Antrag *Markus Reber/LU*, Traktandum 4.3, Antrag *Christoph Ramstein/VEDAG*, Traktandum 6.4. Über diese Anträge wird unter den entsprechenden Traktanden Eintreten beschlos-

sen, wofür eine  $\frac{2}{3}$ -Mehrheit notwendig ist. Zu Beginn der Sitzung sind zwei weitere Anträge eingegangen: der Antrag Christoph Ramstein/VEDAG wird unter dem Traktandum 2 behandelt, der Antrag Peter Wiedersheim/SG unter dem Traktandum 12/Varia. Die Ärztekammer *genehmigt* die geänderte Traktandenliste ohne Gegenstimmen und Enthaltungen.

## 2. Prüfung und Genehmigung der von ZV und von der DV vorgeschlagenen politischen und strategischen Zielsetzungen

Bei den vorliegenden politischen und strategischen Zielen für die Amtsperiode 2008–2012 geht es darum, in grossen Linien die Aktivitäten der FMH bzw. den Auftrag des Zentralvorstandes zu definieren. Zweck und Aufgaben der FMH sind in den Statuten unter Art. 2 und 3 festgehalten. Aufgabe des Zentralvorstandes ist es gemäss Statuten, diejenigen Ziele und Aufgaben auszuwählen, die entsprechend der politischen Gegebenheiten mit Priorität in das Legislaturprogramm aufzunehmen sind. An der ordentlichen Ärztekammer im vergangenen Mai wurden vom Zentralvorstand in seiner damaligen Zusammensetzung bereits einige strategische Ziele unterbreitet. Der neu bestellte Zentralvorstand hat die Arbeit noch einmal aufgenommen. Die von ihm erarbeiteten Ziele wurden anschliessend in der Delegiertenversammlung behandelt, so dass der

Ärztammer heute ein definitives Papier vorliegt. Gemäss Statuten sind die Ziele jedes Jahr zu aktualisieren und an der ordentlichen Ärztekammer zu präsentieren.

Zum vorliegenden Traktandum hat *Christoph Ramstein/VEDAG* einen Rückweisungsantrag, Nr. 2 zu Traktandum Nr. 2, eingereicht. *C. Ramstein* erachtet diese Zielsetzungen als eine Art Visitenkarte der FMH, mit der sie ihr Bild nach aussen spiegelt. Das vorliegende Papier enthält die Strategie für eine Amtsperiode – wovon das erste Jahr schon bald abgelaufen ist. Er vermisst darin Visionen und wünscht sich vielmehr ein Papier, das in Richtung einer eigentlichen Verbandsstrategie geht. Damit diese von Parlamentariern und Versicherern dann auch richtig verstanden wird, sind Sprache und gewählte Formulierungen von äusserster Wichtigkeit. Er macht deshalb beliebt, das Papier an die Delegiertenversammlung zurückzuweisen, die es unter Beizug eines «Politfuchses» inhaltlich und sprachlich überarbeiten soll.

*Der Präsident* ersucht die Ärztekammer, über die Aufnahme des Antrags in die heutige Traktandenliste abzustimmen. Die Delegierten *stimmen* mit 98 zu 26 Stimmen *zu*, womit das erforderliche  $\frac{2}{3}$ -Mehr erreicht ist. In einer angeregten Diskussion zeigen sich einige Votanten irritiert darüber, dass, nachdem man sich nun so lange mit Strategie beschäftigt hat, heute nicht einmal über ein noch für die verbleibenden 3 Jahre geltendes



Die versammelte Ärztekammer.

«Regierungsprogramm» diskutiert werden soll. Andere äussern sich besorgt darüber, dass man eine Verbandsstrategie nicht nach aussen tragen kann, wenn sie nicht von allen getragen wird und möchten deshalb zuerst eine breite Vernehmlassung in der Basis durchführen. Eine weitere Rednergruppe beurteilt das Papier sehr positiv. Schliesslich zeigt sich in der Diskussion, dass man in Bezug auf das vorliegende Papier von unterschiedlichen Sichtweisen ausging, was zu einem Missverständnis führte. Die vorliegenden strategischen und politischen Ziele sollen das Gerüst für diese Amtsperiode geben und darüber hinaus als Grundlage für eine ständig weiterzuentwickelnde Verbandsstrategie dienen.

*Der Präsident* ersucht die Delegierten, über den Antrag *C. Ramstein Nr. 2 zu Traktandum Nr. 2* abzustimmen und präzisiert, dass Annahme des Antrags Nichteintreten auf das vorliegende Papier «Strategische Ziele für die Legislaturperiode 2008–2012» bedeutet. Wird der Antrag abgelehnt, bedeutet dies Eintreten auf das Papier.

*C. Ramstein* meldet sich zu Wort und erklärt, dass er nach dieser klärenden Diskussion seinen Rückweisungsantrag zurückzieht. Damit kann sich die Ärztekammer nun inhaltlich mit den vorliegenden Zielen befassen.

*Der Präsident* macht zu Beginn seiner Präsentation der einzelnen Ziele darauf aufmerksam, dass der Punkt 2.3 im Papier fälschlich unter das Ziel 3 gerutscht ist.

Bei **Ziel 1** geht es um die Position, die die FMH in der Gesundheitspolitik einnehmen will. *Hans Ulrich Iselin/AG* unterstreicht, dass es dafür Ärzte und Ärztinnen braucht, die bereit sind, sich politisch zu engagieren.

Mit **Ziel 2** will die FMH das Thema Qualität der ärztlichen Leistungserbringung besetzen.

Ein Delegierter der Waadtländer Ärztesgesellschaft (SVM) stellt fest, dass wir in der Schweiz ein sehr leistungsfähiges Gesundheitssystem haben, das aus ökonomischer Sicht rentabel ist. Weshalb sollte man deshalb heute, wo man an Banken, Eisenbahnen und zahlreiche andere Geld verteilt, nicht auch einen konkreten Effort des Bundes verlangen, damit das heutige Gesundheitssystem aufrechterhalten und verbessert wird? *J. de Haller* dankt für diesen wichtigen Hinweis, den er allerdings nicht unbedingt unter dem Thema Qualität sieht, sondern allenfalls unter dem Ziel 5 aufnehmen will. Für *Urs Stoffel/ZH* ist die Förderung des Qualitätslabels, das er als klares Ziel der FMH erachtet, nicht ganz ungefährlich. *Der Präsident* versteht das Votum und unterstreicht, wie wichtig es sein wird, in dieser Beziehung in hohem Masse glaubwürdig zu sein. Tatsache ist aber, dass

die Ärzteschaft in der Schweiz eine qualitativ gute Leistung erbringt und sich nicht davor fürchten muss, dies auch zu kommunizieren.

Für *Hans-Anton Vogel/Al-AR* hat dieser Punkt nicht direkt mit dem Thema Qualität der ärztlichen Leistungserbringung zu tun, sondern ist vielmehr als eigenständiges Ziel aufzuführen. Darüber sind die Meinungen geteilt, weshalb *der Präsident* darüber abstimmen lässt, ob man den Punkt 2.3 hier belässt oder separat aufzuführen will. Die Abstimmung ergibt eine *klare Mehrheit für die Belassung* unter dem Ziel 2.

**Ziel 3** befasst sich mit der Rolle der FMH in der Qualität der ärztlichen Berufsbildung.

Die Frage von *Pierre Meyrat/SO*, ob der Punkt 3.1 nicht allenfalls in Konflikt zur geplanten Stärkung und Verselbständigung der Kommission für Weiter- und Fortbildung/KWFB steht, wird sowohl vom *KWFB-Präsidenten Max Giger* als auch von *Hanspeter Kuhn, Stv. Generalsekretär und Leiter FMH-Rechtsdienst*, verneint.

**Ziel 4** betrifft die Arzt-Patienten-Beziehung. Die Therapiefreiheit des Arztes/der Ärztin soll gewahrt bleiben – in welchem System (also auch z. B. in den Ärztenetzwerken) auch immer – und die freie Arztwahl der Patienten grundsätzlich möglich bleiben. Dies im Wissen darum, dass in Ärztenetzwerken diese freie Arztwahl eingeschränkt ist. *Jürg Schlup/BE* schlägt vor, den Antrag von *M. Stauffacher/VD*, über dessen Aufnahme in die Traktandenliste unter dem Traktandum Nr. 4/Teilrevision KVG erst noch abgestimmt werden muss, hier zu behandeln. In seinem Antrag fordert *Maurice Stauffacher/VD*, «dass sich die FMH vorbehaltlos für den Kontrahierungszwang einsetzt, insbesondere im Rahmen der Ärztenetze». Seiner Ansicht nach gehört diese Forderung unbedingt in die Strategie der FMH, weil sie den eigentlichen Grundstein unseres Gesundheitssystems bildet und sich die Ärzteschaft bei der Abstimmung vom 1. Juni 2008 auch klar dafür eingesetzt hat. Eine entsprechende Ergänzung kann unter Ziel 4 oder auch unter Ziel 7 erfolgen. *J. de Haller* sieht diese Ergänzung eher unter Ziel 7 und bittet die Waadtländer Delegierten, einen klar formulierten Satz vorzubereiten. Über die Formulierung bezüglich der freien Arztwahl, wie sie unter Ziel 4 gewählt wurde, ergibt sich anschliessend eine kontroverse Diskussion, ausgelöst durch *Pierre Meyrat/SO*, der die freie Arztwahl explizit für den Bereich der obligatorischen Grundversicherung fordert. *Der Präsident* erklärt, dass man die Formulierung ganz absichtlich so gewählt hat, weil sie die einzige ist, mit der alle möglichen Formen von Gesundheitssystemen, insbesondere auch die Ärztenetze, berück-



Beim Abstimmen.

sichtigt werden. Formuliert man hier zu rigide, dann verunmöglicht man jegliche Art von Netzwerken, denn per Definition verzichten die Patienten in einem Netzwerk in einem gewissen Ausmass auf die freie Arztwahl. *Hp. Kuhn/Stv. Generalsekretär* macht darauf aufmerksam, dass es bei hospitalisierten Patienten nie eine freie Arztwahl gibt oder gab. Um glaubwürdig zu bleiben, darf man nicht Forderungen aufstellen, die nicht der Realität entsprechen.

Einen anderen Konflikt sieht *Thomas Hofer/SGDV* in den Punkten 3 und 4 unter diesem Ziel. Seines Erachtens schliessen sich die Forderungen, dass für wirtschaftlich und sozial Benachteiligte keine Einschränkungen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen bestehen sollen, und die freie Arztwahl gegenseitig aus. *Der Präsident* unterstreicht, dass hier gerade eines der zentralen Anliegen der FMH liegt, nämlich, dass die ökonomischen Anreize für die Managed-Care-Systeme den Gedanken der freien Arztwahl nicht aushöhlen. Deshalb wehrt sich die FMH so vehement gegen das Helsana/santésuisse-Modell. Denn wenn man den Versicherern die totale Freiheit gibt, die guten Risiken anzuziehen und das System zu umgehen, dann kommt man genau zu der Situation, vor der sich der Vorredner fürchtet. Deshalb müssen die Anreize so sein, dass sie eine wirkliche freie Arztwahl ermöglichen.

*Homayon Chaudhry/VSAO* verweist auf seinen *Änderungsantrag Nr. 2* (Trakt. 4.2) zum Antrag von *M. Stauffacher/SVM*. Er verlangt, dass sich die FMH *vorbehaltlos* für den Kontrahierungszwang einsetzt. Das Volk habe der FMH in der Abstimmung vom 1. Juni 2008 einen klaren Auftrag er-

teilt, nämlich den Kontrahierungszwang sowohl für Einzelpraxen wie für Netzwerke bedingungslos zu erhalten. *M. Stauffacher/SVM* schlägt vor, unter Punkt 4 einzufügen, dass der Kampf für die Erhaltung des Kontrahierungszwangs eine Garantie für die freie Arztwahl darstellt. (Originaltext: «La défense de l'obligation de contracter représente une garantie pour le libre choix du médecin.») *Der Präsident* findet, dass man diese Ergänzung gut hier einbauen kann. Er unterstreicht noch einmal, dass der Kontrahierungszwang mit Managed-Care-Systemen kompatibel ist, nicht aber die uneingeschränkte freie Arztwahl.

In **Ziel 5** geht es um das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzteschaft und Öffentlichkeit.

Hierzu wird das Wort nicht verlangt.

**Ziel 6** betrifft die Wahrung der berufspolitischen Interessen der FMH-Mitglieder.

*Beat Dubs/ZH* vermisst hier den Hinweis auf die Solidarität unter den FMH-Mitgliedern. *J. de Haller* bittet *B. Dubs*, sein Anliegen zu formulieren und dem Generalsekretär abzugeben.

**Ziel 7** beinhaltet den Einsatz für eine angemessene Entschädigung der ärztlichen Leistung.

*Der Präsident* bittet *M. Stauffacher/SVM*, die Formulierung seines Anliegens noch einmal vorzutragen: «La FMH s'engage pour une défense inconditionnelle de ce que l'on a convenu d'appeler «l'obligation de contracter», aussi dans le cadre des réseaux de soins.» *Der Präsident* stellt diese Formulierung zur Diskussion. Er erachtet sie persönlich als politisch schwierig durchsetzbar, weil man das Parlament kaum davon wird überzeugen können, dass die Versicherer mit allen Netzwerken Verträge abschliessen müssen. Seines Erachtens kann man diese Forderung aber an dieser Stelle aufnehmen. Auch darüber wird nun kontrovers diskutiert, es gibt einzelne Votanten, die vor zu starker Reglementierung im Bereich der Netzwerke warnen oder gar das Wort Kontrahierungszwang nicht in einem Grundsatzpapier sehen möchten.

*Der Präsident* lässt schliesslich über den *Antrag M. Stauffacher/SVM* in seiner zuletzt vom Antragsteller vorgelesenen Formulierung abstimmen.

Der Antrag wird mehrheitlich *abgelehnt*. Danach wird über den *Änderungsantrag von H. Chaudhry/VSAO* zu Antrag *M. Stauffacher/VD* abgestimmt. Die Formulierung «Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte sowie ihr Zentralvorstand setzen sich vorbehaltlos für den sogenannten Kontrahierungszwang ein.», wird mehrheitlich angenommen und als zusätzlicher Punkt unter dem Ziel 7 angefügt.

**Ziel 8** behandelt die Förderung des beruflichen Nachwuchses. *C. Ramstein/VEDAG* findet, dass dieses Ziel nicht an letzter Stelle in diesem

Strategiepapier erscheinen sollte, sondern viel eher nach dem Ziel 3 einzufügen ist. Der VSAO-Präsident C. Bosshard bedankt sich für diese Unterstützung und bekräftigt, dass in der Tat die Förderung des beruflichen Nachwuchses in der Prioritätenliste weiter oben stehen sollte. Die Ärztekammer *stimmt* diesem Vorschlag zu, es wird *neu* zum Ziel Nr. 4 im Strategiepapier. C. Bosshard/VSAO kommt nochmals auf Ziel 7 zurück und möchte ergänzt sehen, dass sich die FMH ebenso für eine angemessene Entschädigung bei den angestellten Spitalärztinnen und Spitalärzten einsetzt.

Michel Marchev/BE schlägt zu Ziel 7 – jetzt neu Ziel 8 – vor, dass man die Förderung der Grundversorgung hier explizit einbaut. Der Präsident hat Verständnis für diese Bemerkung. Aber man wollte nicht einzelne Fachrichtungen innerhalb der FMH priorisieren, denn neben den Grundversorgern haben auch andere Fachrichtungen ihre Probleme.

Er lässt über die Erwähnung der Grundversorgung in diesem Ziel *abstimmen*, was von den Delegierten mit einer deutlichen Mehrheit *abgelehnt* wird.

Andreas Haefeli/AG beantragt, Ziel 8 mit einen zusätzlichen Punkt wie folgt zu ergänzen: «Die FMH setzt sich dafür ein, dass die gesundheits- und wirtschaftspolitischen Regelwerke eine effiziente und



Präsident Jacques de Haller beim Präsentieren.

*kostengünstige Leistungserbringung ermöglichen.*» Er begründet seinen Vorschlag damit, dass nicht nur in den Praxen, sondern auch in den Spitälern mit zunehmenden Forderungen die Kosten auf der nicht produktiven Seite ständig erhöht werden.

Der Präsident erkundigt sich nach der Meinung der Ärztekammer zu den Vorschlägen von C. Bosshard/VSAO und A. Haefeli/AG. Den beiden Anträgen erwächst *keine Opposition*. Sie werden *unter Ziel 8* ins Strategiepapier *integriert*.

Der Präsident bittet die Ärztekammer, das Strategiepapier mit allen im Laufe der Debatte aufgenommenen Änderungen und Ergänzungen zu genehmigen. Das Strategiepapier soll so bis zur nächsten Ärztekammer dem Zentralvorstand und der Delegiertenversammlung als Grundlage für deren strategische Überlegungen dienen. An der kommenden ordentlichen Ärztekammer im Mai 2009 wird das Strategiepapier, entsprechend den politischen Gegebenheiten aktualisiert und womöglich mit den gewünschten Visionen ergänzt, den Delegierten wiederum unterbreitet. Die Abstimmung ergibt eine *klare Mehrheit*, bei 1 Gegenstimme und 3 Enthaltungen für das Strategiepapier in seiner geänderten und ergänzten Form.

### 3. Budget 2009 der FMH

#### Festsetzung des Grundbeitrages sowie allfälliger Sonderbeiträge

Der Präsident erteilt für dieses Traktandum dem Generalsekretär das Wort. Daniel Herzog verweist zu Beginn seiner Präsentation auf die Unterlagen, die den Delegierten zum Budget 2009 zur Verfügung gestellt wurden. Das Budget 2009 schliesst mit einem voraussichtlichen Defizit von knapp 360 000 Franken ab. Die Delegiertenversammlung hat in ihrer Sitzung vom April 2008 beschlossen, der Sonderbeitrag für die Praxisassistenten sei künftig in den FMH-Grundbeitrag zu integrieren. Im vorliegenden Budget ist auch eine Erhöhung des Grundbeitrages um 50 Franken eingerechnet. Gründe dafür liegen in neuen Projekten, die die FMH 2009 an die Hand nehmen will. Diese erfordern neue Stellen in den Bereichen Daten, Demographie, Qualität/DDQ, eHealth, SwissDRG und TARMED, bei Managed Care, bei der AWF und im Vorstandssekretariat. Mehrausgaben entstehen auch durch den beschlossenen separaten Vorsitz der Delegiertenversammlung und die benötigten Sekretariatsressourcen für dieses FMH-Organ. Die Schaffung neuer Stellen und die neu verlangte Abrechnung von AHV/ALV auf den Sitzungsent-schädigungen und Honoraren führen zu höheren Aufwendungen bei den Sozialleistungen. Weiterhin anhaltend sind die markanten Einnahmen-

ausfälle durch die Rückerstattung von Mitgliederbeiträgen. Im Budget sind zudem keine unnötigen Reserven eingebaut, und es sind auch keine neuen Einnahmequellen generiert. Ohne diese beantragte Mitgliederbeitragsenerhöhung um 50 Franken würde ein Defizit von 1,5 Mio. Franken resultieren.

Daneben sind aber auch die Budgetkonsolidierungsmassnahmen zu berücksichtigen, wie sie von der Ärztkammer im Jahr 2007 beschlossen wurden. Sie betreffen insbesondere Kostenreduktionen beim Zentralvorstand und bei der Optimierung des Generalsekretariates. Dies ist ein Dauerauftrag, der ernst genommen wird. Geht es aber darum, von der FMH neue Aufgaben bearbeiten zu lassen, dann müssen auch die dafür notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden.

*Susanne Ernst/VSAO* bemerkt, dass die Delegiertenversammlung im April 2008 über das Budget 2009 diskutiert und es angenommen hat. Eine Mehrheit der Ärztkammerdelegierten des VSAO zeige sich jedoch enttäuscht, dass als einzige der von der Ärztkammer 2007 angenommenen Budgetstabilisierungsmassnahmen nur gerade die Streichung der Rückerstattung von Mitgliederbeiträgen an Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nach Titelerwerb umgesetzt worden sei. Befremden herrscht beim VSAO auch über die steigenden Lohnkosten und über kostspielige Projekte wie das Projekt HPC. *Roland Schwarz/GPK* nimmt dazu Stellung: Seit der DV vom April 2008 seien verschiedene der andern Massnahmen umgesetzt worden, so z. B. sei das Modul, das zu Rationalisierungsmassnahmen im Generalsekretariat führt, zu einem grossen Teil bereits umgesetzt. Aktuell sei man sehr hart daran, auch die Kosteneinsparungen beim Zentralvorstand umzusetzen. Das jedoch sei keine einfache Aufgabe, wenn – wie aus der Budgetpräsentation des Generalsekretärs hervorging – die Aufgaben für die FMH erweitert werden. Er präzisiert zudem, dass die im Dezember beschlossene Streichung der Rückerstattungen erst 2013/2014 wirksam und damit spürbar wird. Anschliessend erläutert er, weshalb die GPK für eine Erhöhung der Mitgliedergrundbeiträge

plädiert hat: Neue Stellen sind regelmässige Ausgabenposten, die durch regelmässige Einnahme-posten aufgefangen werden sollten.

*Philippe Luchsinger/ZH* erkundigt sich, was das Konto «Löhne Dritter» unter dem Zentralvorstand, das es 2008 noch nicht gab, beinhaltet. *Der Generalsekretär* erklärt, dass neu keine Delegiertenspesen mehr ohne AHV-Abrechnung bezahlt werden können. Diese Entschädigungen erschienen früher unter dem Konto 4400/Kommissionen und Delegationen, mussten aber nun zum Konto «Löhne Dritter» verschoben werden (s. Unterlage «Bemerkungen zum Budget 2009»). *Philip Dreiding/ZH* zeigt sich erstaunt über die Kosten des Rechtsdienstes der FMH, die um ein Drittel zugenommen haben. *Hp. Kuhn/Leiter Rechtsdienst und Stv. Generalsekretär* erläutert, dass die Aussergerichtliche Gutachterstelle im Budget des Rechtsdienstes ebenfalls enthalten ist. Bei der Zusammenlegung der beiden bisherigen Büros der Gutachterstelle (Lausanne und Bern) hat man vom Prinzip Mandat auf Anstellung umgestellt. Daher dieses andere Bild, obwohl die heutige Gutachterstelle weniger Mitarbeitende aufweist als früher.

Nachdem das Wort nicht weiter verlangt wird, bringt *der Präsident* zunächst den Antrag des Zentralvorstandes Nr. 1 zu Traktandum Nr. 3 auf Genehmigung des Budgets 2009 mit den aufgeführten Grundbeiträgen zur Abstimmung. Die Ärztkammer *genehmigt* das Budget 2009 der FMH und die vorgeschlagenen Grundbeiträge (Tab. 1) mit 98 Stimmen, bei 39 Gegenstimmen und 9 Enthaltungen. (*Anm. der Protokollführerin*: Der Sonderbeitrag HPC von 25 Franken, von der Ärztkammer im Jahre 2006 für 3 Jahre – 2007 bis 2009 – beschlossen, ist im Budget 2009 aufgeführt.)

#### Sonderbeitrag NAKO (NewIndex)

Zum Antrag des Zentralvorstandes Nr. 2 zu Traktandum Nr. 3, in dem es um den Sonderbeitrag NAKO – Nationale Konsolidierungsstelle (NewIndex) geht, übergibt *der Präsident* das Wort an Ernst Gähler/Vizepräsident und ZV-Ressortlei-

**Tabelle 1**  
Mitgliedergrundbeiträge 2009.

Beitragskategorie	Bezeichnung	Betrag Fr.
1	Selbständige Ärztinnen und Ärzte	660.00
2	Unselbständige Ärztinnen und Ärzte in leitender Funktion	660.00
3	Unselbständige Ärztinnen und Ärzte nicht in leitender Funktion	330.00
4	Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu einem eidg. Facharztstitel	330.00
5	Ärztinnen und Ärzte mit Wohnsitz und Berufstätigkeit im Ausland	165.00
6	Vorübergehend nicht als Ärztin/Arzt berufstätige Mitglieder	165.00

ter Tarife und Verträge. *E. Gähler* bittet die Delegierten, diesem Sonderbeitrag zuzustimmen. Die NAKO-Zahlen sind sowohl für die FMH als auch für die Kantonalen Ärztegesellschaften und Fachgesellschaften sehr wichtige Zahlen für Tarifverhandlungen, Taxpunktwertanpassungen und Kapitelrevisionen im TARMED. Ohne diese Zahlen wären wir der Willkür der Versicherer voll ausgesetzt. *Jean-Pierre Pavillon/VD* bestreitet den Beitrag der FMH an die NAKO keineswegs, möchte aber, angesichts der vielen Finanzierungsquellen, die die NewIndex speisen, wissen, welche Beiträge wofür ausgegeben werden. Um das zu wissen, möchte er die FMH auffordern, bei NewIndex die Vorlage der Buchhaltung zu verlangen. *J. de Haller* erwidert, dass alle Kantonalgesellschaften, die sich entscheiden, an den Trustcentern mitzumachen, willkommen sind, auch die Waadtländer Kantonalgesellschaft. Innerhalb von NewIndex stehen den Aktionären alle Zahlen zur Verfügung. Es sei aber wohl für die FMH kaum möglich, von einer externen, FMH-unabhängigen Aktiengesellschaft zu verlangen, dass sie hier ihre Zahlen offenlegt. Die FMH-Vertreter im Verwaltungsrat geben uns die notwendigen Informationen, damit wir sicher sein können, dass das Geld sinnvoll ausgegeben wird. *A. Haefeli/AG* ergänzt als Verwaltungsratspräsident der NewIndex, dass die Jahresrechnung wie auch alle Jahresberichte der NewIndex über die Website [www.newindex.ch](http://www.newindex.ch) offen verfügbar sind.

*Gabriele Merki/VSAO* fragt, weshalb die Beiträge an NewIndex nicht mit den kantonalen Beiträgen erhoben werden, und stellt fest, dass diese Flut an Sonderbeiträgen für insbesondere Teilzeit arbeitende Ärztinnen zunehmend zu einer finanziellen Belastung wird. Sie beantragt deshalb, dass dieser Beitrag für Ärztinnen und Ärzte, die zu 50% oder weniger arbeiten, halbiert wird. Der Präsident widerspricht der Aussage, dass es eine grosse Zahl Sonderbeiträge gibt, denn die Sonderbeiträge wurden praktisch alle aufgehoben. Er macht darauf aufmerksam, dass auch die Fachgesellschaften in ihrer Arbeit auf die Statistiken von NewIndex angewiesen sind, weshalb der Sonderbeitrag nicht durch die kantonalen Gesellschaften erhoben werden können. Auf die andere Frage bittet er *A. Haefeli/AG* zu antworten. Dieser erläutert, dass der NAKO-Beitrag in der Kasse der NewIndex in der Tat einem grossen Anteil entspricht. Der NAKO-Beitrag betrifft aber nicht nur den KVG-Bereich, sondern auch den Bereich der nationalen Versicherungen, den UVG-Bereich sowie die Anpassungen der Tarifstruktur. Letzteres ist ganz klar eine Aufgabe der FMH. Die kantonalen Ärztegesellschaften ihrerseits finanzieren ihren Teil, die Taxpunktverhandlungen

usw., über ihr Budget. *E. Gähler* bekräftigt, dass die FMH ohne NAKO-Zahlen bei den Taxpunktverhandlungen mit der SUVA nichts ausrichten kann und dass der Tarifiedienst auch bei der Beratung der verschiedenen Fachgesellschaften darauf angewiesen ist. Er präzisiert, dass im übrigen von diesem Sonderbeitrag ausschliesslich die Beitragskategorien 1 und 2 betroffen sind. *Philippe Rheiner/GE* betont, dass die Transparenz bei NewIndex gegeben ist. Der richtige Ort, um über Zahlen und Fakten zu diskutieren, sei die Generalversammlung der NewIndex und nicht die Ärztekammer. Was man diesbezüglich sehr bedaure, sei die mangelnde Teilnahme der Aktionäre. Er ruft deshalb die kantonalen Ärztegesellschaften dazu auf, unbedingt ihre Delegierten an die Generalversammlung der NewIndex zu schicken.

*Der Präsident* lässt die Ärztekammer anschliessend zunächst über den *Antrag G. Merki/VSAO* («Ärztinnen und Ärzte, die weniger als 50% arbeiten, müssen diesen Sonderbeitrag nicht bezahlen.») abstimmen, der mit klarer Mehrheit *abgelehnt* wird.

Die Ärztekammer *stimmt* danach dem *Antrag Nr. 2 zu Traktandum Nr. 3* betreffend den *Sonderbeitrag NAKO* mit grosser Mehrheit bei einzelnen Gegenstimmen *zu*. Er gilt nur für die Beitragskategorien 1 («Selbständige Ärztinnen und Ärzte») und 2 («Unselbständige Ärztinnen und Ärzte in leitender Funktion»).

Der Präsident stellt der Kammer im Anschluss an die Genehmigung des Budgets 2009 mit den Grundbeiträgen und dem Sonderbeitrag NAKO eine Zusatzfrage.

Wie in den Statuten vorgesehen, beginnt nach Publikation des heutigen Protokolls in Deutsch, Französisch und Italienisch in der Schweizerischen Ärztezeitung die 60-tägige Einsprachefrist gegen die heute gefassten Beschlüsse zu laufen. Das Protokoll wird voraussichtlich Ende Januar 2009 publiziert. Die Beschlüsse der heutigen ausserordentlichen Ärztekammer treten damit erst auf Ende März 2009 in Kraft. Verschiedene Basisorganisationen haben ihre Befürchtung geäussert, mit den organisatorischen Arbeiten Probleme zu bekommen, konkret: die Basisorganisationen können die Rechnungen an ihre Mitglieder erst um Ostern herum verschicken. Die Frage an die Delegierten lautet deshalb, ob sie damit einverstanden sind, die beiden Beschlüsse – Budget mit Grundbeiträgen und NAKO-Sonderbeitrag – *dringlich* zu erklären. Gemäss Statuten würde für diese beiden Beschlüsse die Referendumsfrist dahinfallen, sie würden sofort in Kraft treten. Damit könnten die Basisorganisationen zum selben Zeitpunkt wie üblich ihre Rechnungen

gen verschicken. Für eine Dringlicherklärung ist ein  $\frac{4}{5}$ -Mehr notwendig. Für *Charles-A. Favrod-Coune/SMSR* ist ein Dringlichkeitsbeschluss immer auch eine Einschränkung «der Volksrechte». Von unseren Mitgliedern könnte das als Umgehung ihrer Rechte empfunden werden. Er kann sich auch überhaupt nicht vorstellen, dass jemand gegen das heute beschlossene Budget Einsprache erhebt. Er plädiert deshalb für Ablehnung dieses Antrags, weil Dringlichkeit in Wirklichkeit nicht gegeben ist. Das Wort wird nicht weiter verlangt. Der Präsident bittet die Delegierten, ihre Stimme abzugeben. Die Ja- und Nein-Stimmen halten sich in etwa die Waage. Eine genaue Auszählung erübrigt sich deshalb, weil die erforderliche Vierfünftel-Mehrheit offensichtlich nicht erreicht werden kann.

#### 4. Teilrevision KVG

##### 4.1 Antrag J. Schlup/BE: Modell

##### Forster/Oggier (Duale Krankenversicherung)

*Jürg Schlup/Bern* präsentiert seinen Antrag, der in Punkt 1 die Präsentation der Meinung und der Vorschläge der FMH zum Modell Forster/Oggier, in einem zweiten Punkt den Beschluss der Ärztekammer zu einem Referendum für den Fall verlangt, dass die eidgenössischen Räte der KVG-Revisionsvorlage Forster/Oggier zustimmen. Bei Redigierung des Antrags ging man in der Berner Ärztesgesellschaft davon aus, dass das Modell Forster/Oggier im Ständerat zur Diskussion kommt. Die vorberatende Kommission des Ständerats (SGK-S) hat nun aber vor ungefähr drei Wochen das Modell definitiv abgelehnt, es wird nicht mehr weiterverfolgt. Der zweite Punkt seines Antrags ist damit seines Erachtens gegenstandslos geworden. Andererseits werden die eidgenössischen Räte im Laufe der nächsten zwölf Monate so oder so eine Lösung finden müssen und dabei ist vorhersehbar, dass ähnliche Modelle wieder auf den Tisch kommen werden. *Der Präsident* bestätigt, dass die SGK-S tatsächlich an ihrer letzten Sitzung das Modell Forster/Oggier abgelehnt hat, erinnert jedoch daran, dass die erwähnte Kommission in all ihren Sitzungen in diesem Jahr ein Modell abgelehnt und einem anderen zugestimmt hat. Dank Lobbying und Nutzung ihrer immer besser funktionierenden Kontakte innerhalb des Parlamentes hat die FMH zusammen mit der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) an dieser Sitzung der SGK-S erreicht, dass eine in die richtige Richtung gehende Diskussion neu lanciert wird, was als sehr positiv eingeschätzt werden kann. Die Position der FMH zum Modell Forster/Oggier – diese Frage enthält der Antrag der Berner – ist folgende: Vor etwa zweieinhalb

Jahren hat die FMH dem Ständerat die von der damaligen Ärztekammer genehmigten Thesen zu Managed Care als mögliche Lösung für die Organisation der Pflege und der Leistungserbringer unterbreitet. Dabei waren und sind unsere Thesen ein duales Modell mit Managed Care als «2. Schiene», was eine gute Lösung wäre; die von Forster/Oggier vorgeschlagene 2. Schiene mit Vertragsfreiheit und totalem freien Markt ist im Gegenteil nicht annehmbar.

An dieser Stelle weist *der Präsident* mit aller Deutlichkeit darauf hin, dass es in dieser Diskussion zwei Ebenen gibt, die es auseinanderzuhalten gilt, nämlich die Versorgungsplanung inkl. Ärztedemographie einerseits und die Organisation des Leistungsangebots andererseits. Der gemeinsame Vorschlag FMH/GDK betrifft die erste Ebene (Steuerung nach Bedarf, entweder durch Limitierung der Praxisbewilligungen, vor allem aber durch die Förderung des ärztlichen Nachwuchses in den Kantonen). Dieser Vorschlag, der zuletzt im August vom Ständerat abgelehnt wurde, wird möglicherweise wieder aufgenommen. Wenn der Ständerat dies nicht tut, wird es über den Weg einer parlamentarischen Initiative der Nationalrat tun. Für die zweite Ebene haben wir wie erwähnt unser Thesenpapier Managed Care, in dem Managed Care so beschrieben wird, dass es allen, seien es Spezialisten oder Grundversorger, von Managed Care Begeisterten oder Ablehnenden, aber auch den Patienten die freie Wahl lässt. Je nach Ausgang der Wintersessionsdiskussionen im Ständerat geht das Ganze in den Nationalrat oder zurück in die ständerätliche Kommission.

Zurückkommend auf den Antrag von J. Schlup/BE plädiert *der Präsident* für Beibehaltung auch des zweiten Punktes. Damit senden wir ein klares und eindeutiges Signal aus, dass dies für die FMH inakzeptabel ist, und es gibt uns einen politischen Hebel in die Hand, den wir in den kommenden 12 Monaten nötig haben werden. Diesem Vorschlag erwächst aus dem Plenum Zustimmung. *H. Chaudhry/VSAO* möchte zu den finanziellen Konsequenzen für Patienten, die sich nicht Managed Care anschliessen, wie dies in den FMH-Thesen zu Managed Care erwähnt ist, eine Erläuterung des Präsidenten. *Der Präsident* erklärt, dass tatsächlich die FMH hier auch für finanzielle Anreize einsteht, aber mit einem ganz wesentlichen Unterschied zum Modell *santésuisse*. Letzteres sieht vor, dass Versicherte, die ihr heutiges Modell beibehalten wollen, dafür das Doppelte bezahlen müssten. Wer sich hingegen für Managed Care entschliesst, würde die gleiche Prämie wie heute bezahlen. Die FMH hingegen schlägt vor, dass Versicherte, die Managed Care wählen,

weniger bezahlen; wer sein heutiges Versicherungsmodell beibehält, soll gleichviel wie heute bezahlen. *François-Gérard Héritier/SGAM* bekräftigt, dass die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) einem Referendum nicht zustimmen könnte, weil nach Ansicht der SGAM das Modell Forster/Oggier nicht so stark in eine andere Richtung geht, als es die FMH will. Selbstverständlich müsste dieses Modell in einzelnen Punkten noch korrigiert werden. *Der Präsident* erwidert, es gehe heute nicht darum, über ein Referendum zu beschliessen. Im Übrigen sei bekannt, dass die SGAM dem Ständerat geschrieben habe, wo sie, vorbehaltlich einiger Nuancen, dem Modell Forster/Oggier zustimmen könnte, was der FMH einige Schwierigkeiten verursacht habe. Er ist der Ansicht, dass die SGAM hier nicht geschickt kommuniziert hat, denn das Modell enthält sehr viele Gefahren. *Franziska Zogg/ZG* gibt zu bedenken, dass man das Modell Forster/Oggier gar nicht im Einzelnen kennt. Die Gefahr, als Neinsagerin dazustehen, sei gross, wenn man gegen etwas antrete, das man gar nicht kenne. Sie möchte, dass man unbedingt für eine Verbesserung des Risikoausgleichs eintritt, der sich nach Morbiditätskriterien bemessen muss. *U. Stoffel/ZH* unterstützt seine Vorrednerin, was den Risikoausgleich betrifft. Dessen Ausbau sei auf halbem Weg stehen geblieben, was einer Bestrafung der peripheren Versorgung gleichkomme. Das Modell Forster/Oggier enthalte als Einziges den morbiditätsorientierten Risikoausgleich. Dieser sollte für die FMH eine *conditio sine qua non* sein. Einige Redner schliessen sich dieser Forderung an, warnen aber gleichzeitig davor, das Modell Forster/Oggier nur deshalb positiv zu beurteilen, weil es den morbiditätsorientierten Risikoausgleich enthält. *Ignazio Cassis/Vizepräsident* informiert, dass die Diskussion im Parlament stark polarisiert geführt werde. Es stehen sich der «Freie Markt» (dafür steht das Modell Forster/Oggier – im Parlament zurzeit nicht mehr in Diskussion) und die «Verstaatlichung» (dafür steht das Modell FMH/GDK – eher von linker Seite unterstützt) gegenüber. Er warnt vor starken politischen Signalen gegen etwas, das noch zu schwammig ist und derzeit überhaupt nicht mehr zur Diskussion steht. Er plädiert deshalb dafür, dass man erst an der Ärztekammer im Mai vertieft darüber diskutiert, wenn vieles klarer ist.

*Der Präsident* stellt abschliessend fest, dass heute wohl keine klare Entscheidung zu erwarten ist, weshalb er auf eine Abstimmung zu Punkt 2 des Berner Antrages verzichten möchte.

Er bittet jedoch die Delegierten der Berner Ärztesgesellschaft, bis nach der Mittagspause einen

Vorschlag für den verbesserten Risikoausgleich auszuarbeiten, als Ergänzung zum vorliegenden Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 4.1.

Die Sitzung wird um 12.36 Uhr für die Mittagspause unterbrochen. Die Nachmittagssitzung wird um 13.35 Uhr mit der Fortsetzung der Diskussion zu *Traktandum 4.1.* aufgenommen.

Der Präsident stellt fest, dass der *1. Punkt des Berner Antrags beantwortet, der zweite Punkt zurückgezogen* wurde.

Für einen *neuen Punkt 3* in diesem Antrag schlagen die Kantonalgesellschaften Bern, Genf, Schaffhausen, Luzern, Solothurn, Uri, Zürich, St. Gallen, Ob-/Nidwalden, Aargau, Thurgau, Schwyz, Appenzell, Graubünden, Basel-Stadt und Zug folgende Formulierung vor: «Die FMH unterstützt nur Modelle, die 1. den morbiditätsorientierten Risikoausgleich beinhalten (und) 2. deren Kostenbasis sich auf volkswirtschaftliche Gesamtkosten bezieht.»

*U. Stoffel/ZH* und *C. Ramstein/VEDAG* schlagen alternativ vor: «Die FMH erachtet den morbiditätsorientierten Risikoausgleich als unabdingbaren Teil jeden Modells.»

In der anschliessenden Abstimmung wird der *Vorschlag der Kantonalpräsidenten als 3. Punkt im Antrag 4.1* mit grosser Mehrheit ohne Gegenstimmen, bei einigen Enthaltungen *angenommen*.

#### 4.2 Antrag Maurice Stauffacher/SVM

Der Inhalt dieses Antrags (Kontrahierungszwang) wurde bereits ausführlich unter dem Traktandum 2 diskutiert und in das Strategiepapier der FMH aufgenommen. *Der Autor* sieht keine Notwendigkeit mehr, seinen Antrag an dieser Stelle der Traktandenliste noch einmal zu diskutieren und *zieht ihn zurück*. Damit *fällt* auch der während der Sitzung von *H. Chaudhry/VSAO* eingebrachte (und ebenfalls im Strategiepapier berücksichtigte) Änderungsantrag zum Antrag 4.2 (M. Stauffacher/SVM) *dahin*.

#### 4.3 Antrag Markus Reber/LU

*Markus Reber/LU* erhält vom *Präsidenten* das Wort zur Erläuterung seines Antrags. Der Antragsteller verweist auf den bereits in der FMH-Stellungnahme vom 27. Juni 2008 zur «Ressourcensteuerung und Förderung von Managed Care» enthaltenen Vorschlag (Art. 12, Abs. 5 neu), wonach «Krankenkassen keine Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten führen und sich nicht finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen». Er ergänzt diese Forderung damit, dass sich «umgekehrt Leistungserbringer nicht an Versicherungen

*beteiligten dürfen*». Die anschliessende angeregte Diskussion ergibt sehr unterschiedliche Meinungen zu dieser Forderung. So wird etwa darauf hingewiesen, dass Kantone auch Anbieter sind, dass beispielsweise im Kanton Graubünden einzelne Praxen nur noch überleben, weil sie durch Krankenkassen finanziert werden, und dass man die direkte Medikamentenabgabe damit nicht gefährden dürfe. *Hp. Kuhn* stellt hierzu fest, dass die Medikamentenabgabe jedenfalls eine Arztleistung und ganz sicher nicht eine Sache der Versicherer ist. *J. de Haller* entnimmt der Diskussion, dass der vorgeschlagene Antragstext mehrheitlich als zu wenig klar formuliert empfunden wird. Er schlägt dem Antragsteller vor, seinen Vorschlag als Richtschnur für die weitere Bearbeitung im ZV entgegenzunehmen, aber jetzt nicht über den Antrag abzustimmen. *M. Reber/LU*, der eigentlich seinen Antrag so belassen möchte, stimmt schliesslich dem Vorschlag des Präsidenten zu, nachdem ihm dieser versichert hat, dass bis zur Mai-Ärztammer ein klarer Vorschlag vom Zentralvorstand vorliegen werde. Er möchte dies im Protokoll festgehalten wissen.

### 5. Stärkung und Verselbständigung der KWFB

*Max Giger/Präsident KWFB* ruft in seiner Präsentation den Anwesenden noch einmal die Ausgangslage und den Weg, den dieses Projekt bis zur heutigen Ärztkammer genommen hat, in Erinnerung. Den Ausschlag dafür gaben das Medizinalberufegesetz (MedBG), eine Motion von NR B. Heim und die Forderungen des Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierates (SWTR). Eine Arbeitsgruppe wurde in der Folge damit beauftragt, verschiedene Vorschläge auszuarbeiten, um diesen Forderungen begegnen zu können. Die Ärztkammer im Mai dieses Jahres hat schliesslich in einer Konsultativabstimmung (wegen fortgeschrittener Zeit war das notwendige Quorum nicht mehr gegeben) dem von der Arbeitsgruppe erarbeiteten Modell «KWFB light» zugestimmt. Es beinhaltet eine rechtliche Verselbständigung innerhalb der FMH. Damit will man im Wesentlichen eine Selbständigkeit und Unabhängigkeit gegen aussen zeigen, gegen innen eine Stärkung und Konsolidierung erreichen und sich eine gewisse Flexibilität bewahren, um auf Veränderungen im politischen Umfeld rasch reagieren zu können. Die konkrete Umsetzung des Modells wurde nun in den vorliegenden Statuten- und Geschäftsordnungsänderungen vorgenommen.

Die in *Antrag Nr. 6.1* unterbreiteten Anpassungen der Statuten und der Geschäftsordnung (GO) beinhalten im Wesentlichen einen neuen

Auftritt und Namen: die bisherige KWFB soll neu *Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (IWF)* heissen. Dem Institut sollen sämtliche Kompetenzen im Bereich der Weiter- und Fortbildung sowie die Ausgabenkompetenz im Rahmen des FMH-Budgets übertragen werden. Die Zeichnungsberechtigung wird im Reglement des Instituts geregelt. Es soll möglich sein, weitere Organisationen als stimmberechtigte Mitglieder aufzunehmen (z. B. GDK, H+) und der Präsident des Institutes soll künftig durch die Ärztkammer gewählt werden. (Es muss nicht mehr zwingend ein ZV-Mitglied sein; damit wird das Anforderungsprofil flexibler und die Zahl möglicher geeigneter Interessenten steigt.) In der nachfolgenden Fragerunde wird vor allem die gewählte Abkürzung für den Namen des Institutes kritisiert. Schliesslich *spricht* sich in einer Gegenüberstellung der Abkürzungen «IWF» und «SIWF» eine Mehrheit der Delegierten für die Abkürzung «SIWF, Schweizerisches Institut für Weiter- und Fortbildung» aus. *M. Müller/KHM+SGAM*, der eine weitergehende Verselbständigung der KWFB befürwortet hatte, dankt der Arbeitsgruppe und ihren Begleitern *M. Giger* (aktueller KWFB-Präsident) und *Christoph Hänggeli* (Leiter AWF) für ihre Arbeit an diesem guten und in die Zukunftweisenden Projekt.

### 6. Statuten- und Geschäftsordnungsänderungen

#### 6.1 Revision Statuten und Geschäftsordnung: Stärkung und Verselbständigung KWFB

*Der Präsident* lässt anschliessend über den *Antrag der KWFB und des Zentralvorstands Nr. 1 zu Traktandum Nr. 6.1* abstimmen. Die beantragten Änderungen der Statuten und der Geschäftsordnung hinsichtlich der Stärkung und Verselbständigung der KWFB, inklusive der unter Traktandum Nr. 5 genehmigten Abkürzung «SIWF» für das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung werden von der Ärztkammer mit 149 Stimmen, ohne Gegenstimmen und bei 2 Enthaltungen *angenommen*.

#### 6.2 Nachführung Statuten und Geschäftsordnung: Führungsmodelle, DV-Vorsitz sowie revidiertes Diagramm Planungs- und Budgetierungsprozess

Auch dieses Geschäft konnte an der ordentlichen Ärztkammer im Mai 2008 aus Zeitgründen nicht behandelt werden. *M. Kondo Oestreicher/SGKPT* bittet darum, dass man im Anhang II der FMH-Statuten den Namen ihrer Fachgesellschaft, sowohl in der deutschen wie in der französischen Fassung, korrekt aufführt (Schweizerische Gesell-



Angeregte Gespräche in der Mittagspause.

schaft für *Klinische* Pharmakologie und Toxikologie, Société suisse de pharmacologie et toxicologie *clinique*).

Roland Oppliger/SGAI macht darauf aufmerksam, dass in der GO, Art. 22, lit. 3bis das Wort KWFB durch SIWF ersetzt werden muss. Thomas Keller/SZ hat eine Anregung für die Statuten: An den Ärztekammersitzungen können u. a. auch Generalsekretäre oder Geschäftsführer der Basis- und Fachorganisationen teilnehmen (Art. 9, lit. 6). Kleine Kantonalgesellschaften wie die seine können sich keinen Geschäftsführer oder Generalsekretär leisten, aber es sollte ihnen ebenfalls ermöglicht werden, einen Berater an die Ärztekammer mitzunehmen. J. de Haller nimmt diese Anregung für eine nächste Statuten-/GO-Revision entgegen, wo man einen entsprechenden Text vorschlagen wird.

Nachdem das Wort nicht mehr verlangt wird, bringt der Präsident den Antrag des ZV Nr. 1 zu Traktandum Nr. 6.2 zur Abstimmung. Die Ärztekammer genehmigt die vorgeschlagenen Statuten- und GO-Änderungen mit 155 Stimmen, ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen.

### 6.3 Aufnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Handchirurgie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neuropathologie in Anhang II der Statuten

Das Wort wird nicht verlangt. Der Antrag der KWFB und des Zentralvorstandes Nr. 1 zu Traktandum Nr. 6.3 wird von der Ärztekammer ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen ange-

nommen. Damit werden die beiden Fachgesellschaften als «Anerkannte Fachgesellschaften» gem. Art. 18 der FMH-Statuten im Anhang II aufgeführt.

### 6.4 Antrag C. Ramstein/VEDAG, Traktandum Nr. 6.4

Die Ärztekammer beschliesst zunächst auf Aufforderung des Präsidenten hin, mit grosser Mehrheit, bei einzelnen Gegenstimmen und Enthaltungen, womit auch die verlangte  $\frac{2}{3}$ -Mehrheit gegeben ist, Eintreten auf diesen Antrag. C. Ramstein/VEDAG begründet sein Anliegen, wonach die statutarischen Geschäfte, damit meint er insbesondere das Budget mit den Mitgliederbeiträgen und Sonderbeiträgen, künftig an der ordentlichen Ärztekammer nicht nur traktandiert, sondern auch behandelt werden müssen. Wenn das FMH-Budget nicht an der ordentlichen ÄK, die im Laufe des 2. Quartals stattfindet, verabschiedet wird, führt dies bei den kantonalen Ärztesellschaften zu Problemen. Deren Mitglieder- oder Delegiertenversammlungen finden entweder im 1. Semester und/oder spätestens im November des Kalenderjahres statt, wo über die eigenen Budgets und Mitgliederbeiträge abgestimmt wird. Grundlage für die eigene Budgetplanung ist das verabschiedete FMH-Budget/Mitgliederbeiträge/Sonderbeiträge. J. de Haller hat zwar für das Anliegen Verständnis, möchte sich aber eine gewisse Flexibilität bewahren und nicht überreglementieren. Hp. Kuhn/Stv. Generalsekretär ergänzt, dass dafür eigentlich Ordnungsanträge dienen,

mit welchen man u.a. die Behandlung eines traktierten Geschäfts verlangen kann.

*Der Präsident bringt den Antrag von C. Ramstein/VEDAG zur Abstimmung. Er wird mit 88 gegen 47 Stimmen, ohne Enthaltungen, abgelehnt.*

## 7. Bestätigungen für die FMH-Delegiertenversammlung

*Der Präsident bittet die Ärztekammer, die folgenden neuen Delegierten und Ersatzdelegierten der FMH-Delegiertenversammlung in globo zu bestätigen:*

Ordentliche Delegierte: Jürg Unger, Zürich/FMPP, Walter Kaiser, Thalwil/SFSM, Guillaume Favre, Genf/VSAO; Ersatzdelegierte: Gerhard Schilling, Stein am Rhein/KHM, Rolf Zundel, Bätterkinden/VEDAG, Lars H. Frauchiger, Ittigen/VSAO.

Die Ärztekammer *bestätigt* diese Delegierten und Ersatzdelegierten ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen.

## Beschlussanträge und Informationen aus den Ressorts

### 8. Medical Education

#### 8.1 Schaffung von Titeln, Schwerpunkten und Fähigkeitsausweisen

##### 8.1.1 Schaffung des Schwerpunkts

##### Entwicklungspädiatrie

*M. Giger/ZV+KWFB-Präsident* erläutert den Antrag: Die Entwicklungspädiatrie ist ein Kerngebiet der Kinder- und Jugendmedizin. Für die Abklärung komplexer Entwicklungs- und Verhaltensstörungen braucht es spezielle Kompetenzen. Endredaktion und Inkraftsetzung des Programms erfolgen durch die KWFB. Er begrüsst den anwesenden Gast *Jon Caflish*, der für Fragen zur Verfügung steht. Das Wort wird nicht verlangt.

*Der Präsident bittet die Ärztekammer, über den Antrag abzustimmen. Der Antrag der KWFB und des ZV Nr. 1 zu Traktandum Nr. 8.1.1 wird mit grosser Mehrheit bei 8 Gegenstimmen und 10 Enthaltungen angenommen.*

##### 8.1.2 Schaffung des Schwerpunkts Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie

*M. Giger/ZV+KWFB-Präsident* erläutert den Antrag: Die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie ist ein eigenständiges Fachgebiet innerhalb der Psychiatrie. Der Schwerpunkt vermittelt vertiefte Kompetenzen in der ärztlichen Primärversorgung der Notfallpsychiatrie und Psychosomatik. Endredaktion und Inkraftsetzung des Programms erfolgen durch die KWFB. *M. Giger* begrüsst die anwesen-

den Gäste *Franz Caduff* und *Ulrich Schnyder*, die für Fragen zur Verfügung stehen. Das Wort wird nicht verlangt. *Der Präsident* ersucht die Ärztekammer, über den Antrag abzustimmen. Der Antrag der KWFB und des ZV Nr. 1 zu Traktandum Nr. 8.1.2 wird mit 78 Stimmen, bei 52 Gegenstimmen und 17 Enthaltungen *angenommen*.

##### 8.1.3 Schaffung des Fähigkeitsausweises

##### Klinische Notfallmedizin

*M. Giger/ZV+KWFB-Präsident* stellt einleitend fest, dass eine erste Lesung bereits an der ausserordentlichen Ärztekammer vom 6. Dezember 2007 stattgefunden hat. Die KWFB hat im September, der Zentralvorstand im Oktober diesem Fähigkeitsausweis zugestimmt. Weiterhin gegen die Schaffung sind die Schweizerische Gesellschaft für Neurologie und die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. Auch hier erfolgt die Endredaktion und Inkraftsetzung des Programms durch die KWFB.

*M. Giger* begrüsst die anwesenden SGNOR-Vertreter *Lion Bernoulli* und *Ulrich Bürgi*, die für Fragen zur Verfügung stehen. *M. Dutoit/SGO* bekräftigt zum wiederholten Mal, dass er immer gegen die weitere Schaffung von Schwerpunkten und Fähigkeitsausweisen gewesen sei. Im konkret vorliegenden Fall sei er klar der Überzeugung, dass Notfälle regional und nicht schweizweit geregelt werden könnten. Die Notwendigkeit eines solchen Fähigkeitsausweises sei ihm erst noch zu beweisen. *M. Giger* erwidert, dass man weder eine eidgenössische Regelung noch lokal oder regional Vorschriften machen wolle.

*T. Keller/SZ* erkundigt sich, wie dies in Europa geregelt sei. *U. Bürgi/SGNOR* antwortet, dass in Europa bereits 13 Länder sogar einen Facharzt-titel Notfallmedizin haben. Zurzeit seien Rumänien und Albanien daran, diesen Facharzt-titel zu schaffen, die Schweiz sei eines der letzten Länder, wo die Notfallmedizin noch nicht ausbildungsmässig strukturiert sei. *Hans-Ueli Würsten/VLSS* bekräftigt, dass dies europaweit etabliert sei. Wenn wir das jetzt nicht regeln würden, müssten wir Notfallmediziner aus Europa importieren. *Brigitte Muff/ZH* erklärt, dass noch niemand sie bisher ganz persönlich habe überzeugen können, diesen Fähigkeitsausweis zu machen. Noch weniger verstehe sie, weshalb er unter dem Dach eines Verbandes angesiedelt sein soll, der zur Hauptsache aus Anästhesisten und Internisten besteht. *U. Bürgi/SGNOR* erwidert, es seien die jungen Ärztinnen und Ärzte, die uns sagen würden, wie die Zukunft aussehen wird. Das Programm Klinische Notfallmedizin wurde 2005 herausgegeben. Inzwischen haben 350 Ärztinnen und Ärzte, darunter auch Chirurginnen und Chi-

surgen, das Programm Klinische Notfallmedizin absolviert. Er bedauert, dass, im Gegensatz zu andern Ländern, die Chirurgen in der Schweiz sich bisher zu wenig um die Notfallmedizin gekümmert haben, das sei ein Nachteil für die jungen Ärztinnen und Ärzte.

Verena Briner/SGIM erklärt, dass die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin den Antrag offiziell unterstützt. Die SGIM ist der Meinung, dass damit auch eine gewisse Standardisierung und damit auch Qualität an den verschiedenen Notfallstationen erreicht wird. Der Präsident bringt den Antrag schliesslich zur Abstimmung. Die Ärztekammer genehmigt den Antrag der KWFB und des ZV Nr. 1 zu Trakandum Nr. 8.1.3 mit 113 zu 29 Stimmen, bei 12 Enthaltungen.

## 9. Tarife und Verträge

### Revision Analysenliste

Ernst Gähler/Vizepräsident und Ressortleiter gibt zunächst einen kurzen Abriss über die Geschichte der AL-Revision. Anlässlich einer Anhörung am 9. Juli 2008 hat die von der Delegiertenversammlung eingesetzte und sehr breit abgestützte Arbeitsgruppe Labor eine eigene betriebswirtschaftliche Berechnung des Praxislabors erstellt und klar dokumentiert, dass die in der vom BAG vorgeschlagene Version Beta 8.0 enthaltene Präsenztaxe keine Lösung darstellt. Inzwischen hat das BAG eine Version Gamma 02 erstellt, die aber bereits vor Ablauf der Anhörungsfrist zur Version Beta 8.0 fertig vorlag. Unsere Stellungnahme ist in Gamma 02 deshalb auch nicht eingeflossen. Diverse Positionen in dieser Version sind sogar noch schlechter als in der Version Beta 8.0. Das erarbeitete «Point of Care»-Modell der Arbeitsgruppe beinhaltet eine separate Tarifierung in der Analysenliste für alle Laboranalysen, die am selben Tag gemacht werden können. Damit erreicht man ein Nullsummenspiel, d.h. es werden weder zusätzliche Kosten noch Einsparungen generiert. Am 31. Oktober 2008 konnte die FMH beim BAG das «Point of Care»-Modell vorstellen und gleichzeitig aufzeigen, weshalb die Präsenztaxe ein Problem ist. Es gibt Unterschiede bei der Ausstattung im Praxislabor und es gibt keine Normalverteilung der Anzahl Analysen pro Sitzung. Die im Moment gültige Version Gamma 03 wurde an der Sitzung der EAMGK (Eidg. Kommission für Analysen, Mittel- und Gegenstände) im November diskutiert. Die Vorschläge der FMH mit dem «Point of Care»-Modell wurden ignoriert. Eine Präsenztaxe ist nach wie vor vorhanden. Mit dem BAG gibt es zwei wesentliche Probleme. Zum einen verbreiten BAG und Bundesrat Couchepin immer wieder die Mär, die Analysen-

preise seien in der Schweiz gegenüber dem Vergleichsland Deutschland deutlich höher, auch wenn die Differenzen lediglich in einer Bandbreite von -2 bis +2 Prozent liegen. Zum anderen hat uns das BAG seit Anbeginn die Berechnungsgrundlagen vorenthalten.

Der Fahrplan für dieses Projekt sieht wie folgt aus: Das BAG wird nun das Modell unter Berücksichtigung der Empfehlung der EAMGK überarbeiten und Prof. Zeltner einen Antrag unterbreiten. Dann folgt die Ämterkonsultation, aufgrund deren Resultate der BAG-Direktor Bundesrat Couchepin einen Antrag präsentiert. Der Entscheid des Bundesrates ist für Januar/Februar 2009 zu erwarten, zur Umsetzung wird es nicht vor Mitte 2009 kommen.

Die FMH-Arbeitsgruppe Labor hat einen Massnahmenkatalog erstellt, der sowohl von der Delegiertenversammlung wie vom Zentralvorstand genehmigt wurde. Vorgesehen sind Massnahmen auf verschiedenen Ebenen: einer technischen Ebene (erneute Diskussion über das FMH-Modell mit dem BAG-Direktor; Taxpunktverhandlungen mit santésuisse), einer politischen Ebene (Gespräche mit Parlamentariern; Suche nach Allianzen), der Ebene der Medien (Kerngruppe Kommunikation für das Praxislabor) und der Basis (Weiterführen der Briefaktion und Vorbereitung von öffentlichen Massnahmen).

Die anschliessende Diskussion zeigt deutlich, dass der Ärger über die Art und Weise, wie diese Revision Analysenliste von Bundesbern durchgezogen und dem Praxislabor die Existenzgrundlage entzogen wird, ein Mass angenommen hat, das zu sehr drastischen Massnahmevorschlägen führt. Insbesondere unglaublich macht sich das BAG durch die Tatsache, dass es seine Berechnungen unter Verweis auf work in progress nicht herausgibt. Das schürt den Verdacht, dass in diesen Berechnungen nicht alles stimmt; dieser Verdacht erhärtet sich noch durch den Vergleich von gewissen Analysepreisen zwischen den Versionen Beta und Gamma. Die Arbeitsgruppe Labor nimmt alle von den Ärztekammerdelegierten gemachten Vorschläge und Bemerkungen für ihre weiteren Arbeiten auf.

### Reduktion Vertriebsmarge DMA (direkte Medikamentenabgabe)

Auch dies ist schon eine längere Baustelle. santésuisse und Helsana haben im Jahr 2007 verlangt, die Margen bei Apotheken und Praxisapotheken zu senken, weil sie zu hoch seien. Unterstützung bekamen sie dieses Jahr von der Preisüberwachung, die eine Absenkung um nicht 3 Prozent, sondern um 7 auf 8 Prozent forderte. Dabei hat sich die Preisüberwachung aber positiv zur Praxis-

apotheker und zur direkten Medikamentenabgabe geäußert. Auch hier wurden die Berechnungsgrundlagen nie offengelegt. Bundesrat Couchepin hat auf ein Schreiben der FMH geantwortet, dass noch höhere Absenkungen möglich gewesen wären, dass man aber aus Rücksicht auf die Grundversorgung die Vertriebsmarge um 3 Prozent auf 12 Prozent senken werde. Das BAG wird diese Senkung verordnen. Dies ist nicht auf den 1. Januar 2009, aber im Laufe 2009 zu erwarten. Wiederum werden damit die Grundversorger vor allem in kleineren Kantonen getroffen, die ohnehin schon tiefe Taxpunktswerte haben. Auch hier arbeitet eine breit abgestützte Arbeitsgruppe an Lösungen. Im Moment steht ein Modell der SGAM im Vordergrund, das weiterbearbeitet wird. Das Wort wird nicht verlangt.

### **Taxpunktwertverhandlungen im UVG-Bereich**

Laut *E. Gähler* ist dies eine weitere Endlosgeschichte, die ihren Beginn vor gut einem Jahr nahm. Im Mai hatten sich die Verhandlungsdelegationen von FMH und MTK auf eine Taxpunktwertanpassung von +5%, darin eingeschlossen der elektronische Datenaustausch, geeinigt. Der Verwaltungsrat der MTK hat dieses Verhandlungsergebnis jedoch Ende Juni abgelehnt. Die Verhandlungen mussten in der Folge sistiert werden. Endlich, nach mehrfachen erfolglosen Anläufen der FMH, hat am 18. November 2008 ein Spitzengespräch FMH/MTK stattgefunden. Der Verwaltungsrat der MTK hat am 4. Dezember 2008 den Inhalt dieses Gesprächs diskutiert. Das Schreiben des Verwaltungsrats, das die FMH gestern erhalten hat, enthält ein ernst zu nehmendes Angebot, das allerdings wiederum an gewisse Bedingungen geknüpft ist, die erst noch genau zu analysieren sind. Grundsätzlich kann man verhalten positiv sein. Eine Taxpunktwerterhöhung wäre auf den 1. März 2009 möglich. Für den Fall, dass wir dem Angebot nicht zustimmen könnten, werden Reaktionen der Ärzteschaft geprüft. Dabei ist nicht ausser Acht zu lassen, dass der Bundesrat im Mai dieses Jahres beschlossen hat, mit einem Projekt 2012 die Taxpunktswerte im KVG- und UVG-Bereich zusammenzuführen. Auch zu diesen Informationen gibt es keine Wortmeldungen.

### **Projekt 2010 TARMED Suisse**

Dieses Projekt, mit dem Struktur- und Kapitelrevisionen im TARMED wieder hätten ermöglicht werden sollen, war auf gutem Weg, bis *santésuisse* im Strukturprojekt bereits einen Kostenkorridor einbauen wollte. Für die FMH ist das klar nicht akzeptabel, aber auch MTK und H+

sind damit nicht einverstanden. *santésuisse* hat jetzt bis im Februar Zeit, sich die Sache nochmals zu überlegen.

Nächstes Jahr kommt die TARMED Version 1.06. Sie wird erst auf den 1. März 2009 in Kraft treten, die Genehmigung des Bundesrates steht noch aus, wird aber problemlos erfolgen. In der Version 1.06 sind die Notfall- und Dringlichkeitspauschalen praktisch wieder auf ihren ehemaligen Wert festgesetzt worden. Hinzu kommt eine Besuchsinkonvenienzpauschale. Positiv ist hier festzustellen, dass *santésuisse* und MTK unsere Zahlen- und Datenbasis (NAKO/NewIndex) als verlässlicher als die eigenen Berechnungsgrundlagen akzeptiert haben, ein Novum!

*E. Gähler* bedankt sich abschliessend bei den Anwesenden für die Unterstützung und richtet einen besonderen Dank an den Leiter und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Tarifiedienst für ihre grosse Arbeit im Hintergrund.

### **SwissDRG**

*Der Präsident* erteilt anschliessend *Pierre-François Cuénoud/ZV-Ressortleiter* das Wort für seine Informationen über den aktuellen Stand dieses Projekts. Im Januar wurde der bestehende Verein SwissDRG in eine Aktiengesellschaft überführt, anschliessend das Casemix-Office in Betrieb genommen. Leiter ist Simon Hölzer, das notwendige Personal wurde rekrutiert und die Organisation des CMO auf die Beine gestellt. Im Juni wurden wichtige Entscheide in Bezug auf die Statistik gefällt. Im Juli konnte der erste SwissDRG-Grouper, Version 0.1, herausgegeben werden. Im gleichen Monat wurde die Antragsrunde gestartet, die im November endete. Die FMH hat dabei die Fachgesellschaften und Dachorganisationen bei ihren Anträgen mit DRG- und Kodierexperten unterstützt. Insgesamt 1630 Anträge sind seitens der FMH eingebracht worden. *P.-F. Cuénoud* bedankt sich ausdrücklich bei den Fachgesellschaften und Dachorganisationen für ihre wichtige Mitarbeit. Jetzt geht es um die Datenerhebung des Vorjahres (2007), Berechnungen müssen stattfinden, damit die Grouper Version 0.2 herausgegeben werden kann. Jedes Jahr wird eine neue Grouper Version herausgegeben. Gesetzlich vorgeschrieben ist die flächendeckende tarifwirksame Einführung von SwissDRG spätestens auf den 1. Januar 2012. Was die Finanzen betrifft, beträgt das Budget für das CMO 3 Mio. Franken pro Jahr für 3 Jahre. Da die Einnahmen aus Fallzuschlägen erst mit Einführung von SwissDRG erfolgen, gewähren die Partner zur Vorfinanzierung gemeinsam über die nächsten 3 Jahre ein Darlehen von total 9 Mio. Franken. Die FMH beteiligt sich, entsprechend ihrem Anteil am Aktien-

kapital, mit je 250 000 Franken pro Jahr. Aus Vorsichtsgründen wurde dieses Darlehen wertberichtigt ins Budget aufgenommen. Die Chancen, dass wir das Darlehen aber mit Zins zurückerhalten, stehen gut. Offene Problempunkte gibt es im Projekt noch eine ganze Reihe, darunter die Begleitforschung, die zurzeit in den Medien relativ breiten Raum einnimmt. Die FMH hatte sich hier im Rahmen der KVV-Revision für eine Finanzierung via Fallzuschlag und für die Zuständigkeit der SwissDRG eingesetzt. Der Bundesrat hat inzwischen das BAG als zuständig erklärt, allerdings unter enger Zusammenarbeit mit allen Protagonisten und insbesondere einer wissenschaftlichen Begleitung. Erreicht hat die FMH im Projekt u. a. eine Beteiligung am Aktionariat der SwissDRG AG (mit 8 Prozent), einen Sitz im Verwaltungsrat, sowie 2 Sitze in der Kerngruppe Medizin und 1 Sitz in der Kerngruppe Ökonomie (Letztere unterstützen die entsprechenden organisatorischen Einheiten im CMO). Daneben betreibt die FMH eine sehr offensive Informationspolitik. Es bleibt für die FMH aber auch noch Verschiedenes zu erreichen, wie die weitere Stärkung der Allianzen mit den Partnern, das vermehrte und verstärkte Einbringen ihrer Positionen und nicht zuletzt der Aufbau eines SwissDRG-Teams innerhalb des Generalsekretariates.

### 10. Daten, Demographie und Qualität

Der Präsident übergibt das Wort Daniel Herren/ZV-Ressortleiter für Informationen über seinen Aufgabenbereich. Als Wirkungsziele des Ressorts für 2008 waren formuliert, die Qualität als zentrales Element des ärztlichen Handelns erkennbar zu machen, die Zusammenarbeit mit den Fach- und Kantonalgesellschaften zu initiieren und zu etablieren und Voraussetzungen für die Akzeptanz bei den Partnern zu schaffen. Unterstützt wird das Ressort durch die sehr aktiv mitarbeitende Arbeitsgruppe Qualität der FMH (AGQ-FMH). Bezüglich Positionierung der FMH im Bereich Qualität haben Umfragen und Diskussionen in der AGQ-FMH, in ZV und DV und in Treffen mit Qualitätsverantwortlichen klar gezeigt, dass die FMH eine aktivere Rolle übernehmen soll und muss, eine Rolle, die zwischen «Change Moderator» und proaktivem Gestalter liegt. Einer der Hauptschwerpunkte 2008 war der Aufbau eines Qualitätsnetzwerkes, in dem gegenseitige Austausch innerhalb der Ärzteschaft gefördert werden soll. Zwei sehr konstruktive Treffen haben stattgefunden, die das Rollenverständnis und die Diskussionen untereinander förderten, zwei weitere Treffen sind geplant. Weiter wurde versucht, das Fachwissen für die Mitglieder zu fördern. Die Qualitätsinitiativen aus der Praxis, deren erste

Serie bereits in der SÄZ erschienen ist, werden durch eine zweite Serie ergänzt, die Ende dieses Jahres startet. In der AGQ hat man versucht, wissenschaftliche Grundlagen zu erarbeiten, die als Basis für die jeweilige Formulierung der «Meinung der FMH» dienen sollen. Eingerichtet wurde eine E-Mail-Hotline für die Beantwortung von Fragen zum Thema Qualität: [agq@fmh.ch](mailto:agq@fmh.ch). Eine etwas gescheiterte Geschichte ist die Qualitätsstrategie des BAG. Die FMH ist zwar (u. a. mit H+, GDK, santésuisse) im erweiterten Kernteam dieser Arbeitsgruppe. Eine einzige Sitzung hat im August stattgefunden, an der zehn Aktionsfelder präsentiert wurden, auf deren Basis eine Qualitätsstrategie des Bundes erarbeitet werden soll. Diskussionen fanden aber kaum statt. Seither herrscht Stillschweigen. Das BAG hat den Auftrag, Empfehlungen für eine Qualitätsstrategie des Bundes zu erarbeiten. Erwartet wird, dass dieser Bericht im Januar an Bundesrat Couchepin geht. Es ist zu hoffen, dass wir später etwas darüber erfahren werden. Etwas konstruktiver ist der Dialog mit santésuisse. Mit dem Projekt Q-Monitoring, das in der Delegiertenversammlung und anlässlich des Treffens mit den Qualitätsverantwortlichen präsentiert wurde, scheint man auf gutem und interessantem Weg zu sein.

Eine Erfolgsgeschichte scheint ReMed zu werden. Im Pilotprojekt, das 2007 mit Thurgau und Neuenburg startete, konnten bisher 26 Fälle betreut werden. Das Projekt scheint gut aufgeleitet zu sein und zunehmend auf Akzeptanz zu stossen. Beschlossen wurde deshalb, die Pilotphase etwas zu erweitern, jedoch eher über Regionen als wie bisher über Kantone, und die Finanzierung zu erarbeiten, so dass man das Projekt 2011 schweizweit einführen kann. Informationen und Kontakte findet man unter [www.swiss-remed.ch](http://www.swiss-remed.ch), [info@swiss-remed.ch](mailto:info@swiss-remed.ch) und 0800 OREMED (0800 073633).

In der Demographie wurde als Ressortziel 2008 formuliert, valide Grundlagen zu aktuellen Fragen der Ärztedemographie zu erarbeiten und zur Verfügung zu stellen sowie einen Beitrag zur Erarbeitung von nützlichen und notwendigen Grundlagen zur ambulanten und stationären Leistungserbringung zu leisten. Hier laufen Projekte wie das Monitoring Spitalärzte und das Monitoring der ärztlichen Leistungserbringer (beide gemeinsam mit dem Obsan). Die Revision Ärztestatistik ist angelaufen, die Pilotphase abgeschlossen, die neue Fragestruktur im Internetportal *myFMH* aufgeschaltet. Die bisherigen Rückmeldungen waren fast durchwegs positiv. Über die ersten Ergebnisse wird man laufend orientieren, die Publikation der Ärztestatistik ist für März in der SÄZ geplant.

Zum Schluss hält *D. Herren* einen kurzen Ausblick auf 2009: Man will selbstverständlich auf den Vorarbeiten aufbauen, ein Zielformulierungsprozess für 2009, basierend auf den laufenden Projekten, wurde gestern in einer Arbeitsgruppensitzung abgeschlossen.

### 11. Gesundheitsförderung und Prävention

*Christine Romann/ZV-Ressortleiterin* beschränkt sich in ihrer Ressortinformation auf das neue Bundesgesetz über Gesundheitsförderung und Prävention. Die FMH begrüsst das Gesetz, insbesondere die Schliessung der rechtlichen Lücken bei nicht übertragbaren psychischen und physischen Krankheiten, die Verankerung von wichtigen gesundheitsfördernden Grundsätzen, die Beachtung der individuellen Selbstbestimmung und der Vielfalt der Bevölkerung bei der Umsetzung von Massnahmen, die Schaffung eines einheitlichen Wortschatzes mit der Klärung der Begriffsdefinitionen und die Einführung nationaler Ziele, einer bundesrätlichen Strategie und der Gesundheitsberichterstattung als Steuerungsinstrumente. Das neue Bundesgesetz bringt eine Klärung der Rollenverteilung unter den Akteuren: Der Bund konzentriert sich auf den strategischen Bereich, die Kantone sind weiterhin für Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlich und sorgen für die Durchführung der Massnahmen. Die privaten Organisationen spielen bei der Umsetzung von Massnahmen und bei der Erarbeitung nationaler Ziele eine wichtige Rolle. Ein Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung wird als starker gesamtschweizerischer Akteur Kantone und Dritte bei der Umsetzung von Massnahmen unterstützen und als Kompetenzzentrum in der Schweiz die Basis für eine Kultur der Prävention und Gesundheitsförderung schaffen. Ende Oktober ist die Vernehmlassungsfrist abgelaufen. Der Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung und das weitere Vorgehen wird im Februar 2009 erwartet; im Laufe 2009 kommt das Gesetz ins Parlament und wird etwa 2012 in Kraft treten.

### 12. Varia

*Peter Wiedersheim/SG* hat namens der Konferenz der Ostschweizer Ärztesellschaften einen *Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 12* eingereicht. Der Präsident übergibt ihm das Wort. Der Antragsteller stellt fest, dass das Projekt HPC um viele Monate im Rückstand ist und dass mangelnde Transparenz und ein klares Nutzenmanagement in der Delegiertenversammlung vom Juni 2008 zu einem Moratoriumsantrag und einem GPK-

Antrag geführt haben, die beide von der DV genehmigt wurden. Er möchte deshalb Auskunft darüber geben, wo man im Projektplan bezüglich Projektkosten und Projektrealisation steht, was im GPK-Bericht konkret beanstandet wurde und welche Massnahmen der ZV in Zukunft zu ergreifen gedenkt, um entsprechende Mängel in den Kompetenz- und Verfahrensabläufen in Zukunft zu verhindern und ob der Bericht der GPK der Ärztekammer zugänglich gemacht wird.

*Monique Gauthey/ZV-Ressortleiterin eHealth* erklärt, dass das Moratorium Anlass war für viele und vertiefte Diskussionen, dass man zwei Arbeitsgruppen gebildet habe, die Arbeitsgruppe HPC, die sich mit den Applikationen der HPC befasst, und dann auch eine Arbeitsgruppe eHealth. *J. de Haller* ergänzt, dass die etwa sechs Monate Verspätung im Projekt entstanden seien, weil man wegen der Abstimmung vom 1. Juni die vorhandenen Ressourcen innerhalb des Generalsekretariates neu habe verteilen müssen. Die Einführung wird voraussichtlich im Mai 2009 vor der Ärztekammer erfolgen. Für die Beantwortung der beiden anderen Punkte übergibt *der Präsident* das Wort an den GPK-Präsidenten. *R. Schwarz* antwortet, dass sich die GPK über die Beschlussfassung zum Hauptvertrag FMH/Swisscom hat informieren lassen und dem Zentralvorstand ein Schreiben zugestellt hat, das am 4. Dezember gemeinsam besprochen wurde. Der erwähnte Bericht wird im Jahresbericht der GPK über das Jahr 2008 anlässlich der ordentlichen Ärztekammer im Mai 2009 Eingang finden. Soviel zu den formalen Dingen, über den Inhalt des HPC-Hauptvertrages habe er nichts zu sagen. Der Präsident hält noch einmal fest, dass das Projekt gut vorankommt und aktuell keine grösseren Probleme bestehen. *P. Wiedersheim/SG* bedankt sich für die Ausführungen, ist aber nicht ganz glücklich damit. Die Delegiertenversammlung habe beschlossen, dass eine GPK-Überprüfung über das gesamte Projekt stattfinde und nicht nur über ein Verfahren kurz vor der letzten Ärztekammer. Er beantragt deshalb, dass die GPK das Gesamtprojekt überprüfe. Der Präsident bekräftigt, dass eben gerade dies der Auftrag an die GPK gewesen sei. Die GPK werde, wie gehört, ihren Bericht an der ordentlichen Ärztekammer im Mai 2009 vorlegen.

Nachdem niemand mehr das Wort verlangt, dankt *der Präsident* für die gute Mitarbeit und die konstruktiven Diskussionen. Mit den besten Wünschen für die kommenden Festtage und das neue Jahr schliesst der Präsident die Sitzung um 16.55 Uhr.

**Glossar**

AGQ	Arbeitsgruppe Qualität	SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung	SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
ALV	Arbeitslosenversicherung	SGKPT	Schweizerische Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie
AWF	Aus-, Weiter- und Fortbildung	SGK-S	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats
BAG	Bundesamt für Gesundheit	SGNOR	Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin
CMO	Casemix-Office	SGO	Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
DMA	Direkte Medikamentenabgabe	SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
DV	Delegiertenversammlung	SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
EAMGK	Eidg. Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände	SGRO	Schweizerische Gesellschaft für Radio-Onkologie
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz	SVM	Ärztegesellschaft des Kantons Waadt
GO	Geschäftsordnung	SWTR	Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat
GPK	Geschäftsprüfungskommission	UVG	Unfallversicherungsgesetz
HPC	Health Professional Card	VEDAG	Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin	VLSS	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz
KVG	Krankenversicherungsgesetz	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
KVV	Krankenversicherungsverordnung	ZV	Zentralvorstand
KWFB	Kommission für Weiter- und Fortbildung		
MTK	Medizinaltarifkommission		
NAKO	Nationale Konsolidierungsstelle		
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium		
SÄZ	Schweizerische Ärztezeitung		
SFSM	Swiss Federation for Specialities in Medicine		
SGAI	Schweizerische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie		
SGAM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin		