



Kongresshaus, Biel, 27. Mai 2010

Protokoll der ordentlichen Ärztkammer

Erika Flückiger,
Leiterin Dienste

Ein Glossar mit den am häufigsten verwendeten Abkürzungen finden Sie auf Seite 1048.

Anmerkung der Protokollführerin: Zum besseren Verständnis wird über die Geschäfte in der Reihenfolge der eingangs der Sitzung geänderten Traktandenliste berichtet.

Begrüssung, Mitteilungen, Bestellung des Büros

Nach Erreichen des erforderlichen Quorums der Hälfte der stimmberechtigten Delegierten eröffnet der *Präsident Jacques de Haller* um 09.35 Uhr die ordentliche Sitzung der Ärztkammer.

Er erinnert zu Beginn der Sitzung an *Hans Heinrich Brunner*, der am 11. Mai 2010 an den Folgen einer Berufskrankheit, die er sich als junger Arzt zugezogen hatte, verstorben ist.

Ein ausführlicher Nachruf aus der Feder von Ludwig T. Heuss erscheint in der Nr. 22 der Schweizerischen Ärztezeitung vom 2. Juni 2010. Am gleichen Tag findet in der Kirche Vitznau eine Abdankungsfeier für Hans Heinrich Brunner statt.

J. de Haller streift kurz einige Stationen im Leben des Verstorbenen:

Medizinstudium in Basel und Zürich, Weiterbildung in Innerer Medizin und Kardiologie in Zürich, Praxiseröffnung in Luzern 1980, Co-Chefarzt für Innere Medizin am Spital Sursee 1988, Wahl in den FMH-Zentralvorstand 1984, FMH-Präsident von 1994–2004. Schwerpunkte seiner standespolitischen Tätigkeit waren das ärztliche Tarifwesen, darüber hinaus

aber auch als für die Zukunft des Gesundheitswesens ihm wichtig und zentral erscheinende Themen wie die Analyse von Daten und Datenströmen, das Studium und die Entwicklung von medizinischen Leistungs-, Qualitäts- und Versorgungssystemen. Abschliessend zitiert *J. de Haller* den Schluss des Nachrufs von L.T. Heuss: «Die schweizerische Ärzteschaft verdankt ihm viel. Sofern es an einzelnen Stellen noch nötig ist, hat sie allen Grund, mit ihm Frieden zu schliessen und ihm ein ehrendes Andenken zu bewahren.» Auf Ersuchen des *Präsidenten* erheben sich die Anwesenden zum Gedenken an Hans Heinrich Brunner.

Der *Präsident* begrüsst anschliessend die anwesenden Gäste: *Roland Schwarz*, Präsident, und *Adrian Sury*, Mitglied der Geschäftsprüfungskommission GPK, *Ludwig T. Heuss*, Verwaltungsratspräsident EMH, *Bruno Kesseli*, Chefredaktor Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ), *Peter Geissbühler*, Von Graffenried Treuhand AG (Kontrollstelle), *Reinhard Kunz*, Geschäftsführer FMH Services, musste sich für die heutige Sitzung entschuldigen.

Nach einigen organisatorischen Informationen bestellt der *Präsident* das Büro der heutigen Ärztkammersitzung. Es besteht aus dem FMH-Präsidenten, den

Vizepräsidenten *Ernst Gähler* und *Ignazio Cassis*, dem Generalsekretär *Daniel Herzog* und folgenden Stimmenzählern: *Pierre Vallon/SGPP*, *Felix Brunner/Nephrologie*, *Roland Oppliger/SGAI*, *Kurt Schreier/SZ*, *Pietro L'Abate/GL*, *Philippe Vuillemin/VD*, *Urs Stoffel/ZH*, *Philippe Munier/VD*, *Carlos Munoz/VSAO* und *Christoph Bosshard/VSAO*.

Den Zeitpunkt, nach welchem keine Abstimmungen und Wahlen mehr durchgeführt werden können, legt der *Präsident* auf 17.00 Uhr fest.

Zur Traktandenliste: Sie wurde mit zwei Nachversänden vom 12. und 25. Mai 2010 ergänzt.

Es liegt ein Antrag auf Änderung der Traktandenliste vor. Wegen brennender Aktualität beantragt *Michel Matter/GE*, das Traktandum Nr. 11/Varia (Diskussion zum Thema Managed Care) vor den Traktanden 9 und 10 zu behandeln. Dieses Anliegen wird von *Christoph Bosshard/VSAO* unterstützt.

Die *Ärztammer* genehmigt den von *M. Matter/GE* eingereichten Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 1 mit grosser Mehrheit, bei 1 Gegenstimme und 1 Enthaltung.

Der *Präsident* übergibt das Wort anschliessend dem *Generalsekretär* zur Vorstellung der seit der letzten *Ärztammer* (10. 12. 2009) neu eingetretenen Mitarbeiterinnen. Es handelt sich, in der Reihenfolge ihres Eintrittes, um *Simone Grumbach/Rechtsdienst*. Sie hat am 1. 1. 2010 die Nachfolge von *Dania Ischi* angetreten, die letztes Jahr pensioniert wurde. Am 1. März 2010 hat *Pascale Kübler* ihre Arbeit im Vorstandssekretariat aufgenommen, als Nachfolgerin von *Franziska Fuhrer*, welche intern in die Abteilung SIWF gewechselt hat.

Jahresbericht des Zentralvorstandes, des SIWF und der Geschäftsprüfungskommission: Berichtsperiode 2009

Der Jahresbericht des Zentralvorstandes ist am 12. 5. 2010 erstmals als Online-Ausgabe auf der FMH-Website www.fmh.ch erschienen. Den *Ärztammer*-delegierten wurde er als Printversion zugestellt. Der Jahresbericht des SIWF ist in der SÄZ Nr. 19/20 vom 12. 5. 2010 erschienen. Der Bericht der Geschäftsprüfungskommission liegt zusammen mit der Jahresrechnung 2009 vor.

Der *Präsident* übergibt das Wort an *Max Giger*, *Präsident* SIWF, für den

Jahresbericht SIWF

In Ergänzung zum publizierten Bericht, will *M. Giger/SIWF* aufzeigen, wo sich das SIWF heute, an seinem letzten Tag als ZV-Mitglied und SIWF-*Präsident*, befindet. An der letzten Vorstandssitzung SIWF, die am 26. Mai 2010 stattgefunden hat, konnten noch drei grosse und wichtige Geschäfte verabschiedet werden: Zum einen handelt sich um den neuen gemeinsamen Facharztstitel Allgemeine Innere Medizin. Ein grosser Schritt im Rahmen der Weiterbildung für die Schweizer Ärzteschaft. Als Zweites konnten die allgemeinen Lernziele in die Weiterbildungsordnung aufgenommen und als Drittes im Rahmen der Strukturierung das arbeitsplatzbasierte Assessment eingebaut werden. Die

Schwerpunkte des SIWF liegen in der Sicherung des ärztlichen Nachwuchses, der Strukturierung der Weiterbildung und der Stärkung der Fortbildung.

Für die *Sicherung des ärztlichen Nachwuchses* bedarf es hauptsächlich der Motivation, zeitgemässer Arbeitsbedingungen (Teilzeitarbeit, nicht nur für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, sondern auch für Leitende und Chef-Ärzte/-Ärztinnen) und der Förderung der Kommunikationskultur mittels arbeitsplatzbasiertem Assessment.

Die *Weiterbildung* soll vermehrt *strukturiert* werden, mit modularen Weiterbildungsprogrammen (letztes, modernstes Beispiel eines modularen WB-Programms, aufbauend auf dem Medizinstudium, ist die Allgemeine Innere Medizin), die einen definierten Lernzielkatalog mit einem allgemeinen und einem fachspezifischen Teil beinhalten. Hinzu kommt das Führen eines Logbuches durch den Arzt/die Ärztin in Weiterbildung.

Dritter Schwerpunkt: die *Stärkung der Fortbildung*. Erste Diskussionen begannen in den 90er Jahren und gipfelten schliesslich in der Einführung der obligatorischen Fortbildung in der Schweiz als erstem Land überhaupt. Vor gut einem Jahr wurde die Fortbildungsordnung durch die Aufteilung in eine Kernfortbildung und eine zusätzliche Fortbildung vereinfacht.

Die Internetbasierte Fortbildungsplattform, die ab Juli 2010 operativ sein wird, soll der Verbesserung der Qualität und der Vereinfachung der administrativen Arbeiten für fortbildungspflichtige Ärztinnen und Ärzte, Fach- und Kantonalgesellschaften dienen. Im weiteren soll die Lernkultur gefördert werden mittels Erhebung des individuellen Lernbedarfs und Einsatzes moderner Lernmethoden und moderner Medien.

Mit dieser kurzen Übersicht übergibt *Max Giger* als abtretender SIWF-*Präsident* die Schwerpunktaufgaben des SIWF an seinen Nachfolger *Werner Bauer*, die beiden Vizepräsidenten *Jean-Pierre Keller* und *Hans-Rudolf Kölz*, und den Geschäftsführer *Christoph Hänggeli*. Ihm spricht *M. Giger* an dieser Stelle ausdrücklich seinen allergrössten Dank aus. Ohne ihn wäre die ganze Arbeit im SIWF nicht möglich. Zum Jahresbericht SIWF und den ergänzenden Informationen werden keine Fragen gestellt.

Jahresbericht des Zentralvorstandes

Der *Präsident* erinnert daran, dass die *Ärztammer*-delegierten den Jahresbericht als Printversion erhalten haben. *Andreas Girr/ZH* regt an, dass die entsprechenden Jahresberichte künftig auch auf der CD mit den übrigen Sitzungsunterlagen an die *Ärztammer*-delegierten mitgeliefert werden. Der *Präsident* nimmt diese Anregung gerne entgegen.

Jahresrechnung 2009

Jahresrechnung 2009 SIWF

Der *Präsident* erteilt das Wort dem *Geschäftsführer* SIWF, *Christoph Hänggeli*. Nachdem vor 16 Jahren die

ersten Diskussionen um eine Verselbständigung des Bereiches Weiter- und Fortbildung begannen, stimmte die Ärztekammer im Jahre 2008 diesem Anliegen zu und verankerte die Verselbständigung in den Statuten. Das SIWF ist heute ein selbständiges und unabhängiges Organ der FMH im Bereich der Weiter- und Fortbildung, verfügt aber nicht über eine eigene Rechtspersönlichkeit, sondern ist in den Strukturen der FMH eingebettet. Ungefähr 250 Ärztinnen und Ärzte sind in verschiedensten Gremien und Kommissionen des SIWF tätig. Betreut und koordiniert werden sie in der Geschäftsstelle des SIWF. Diese ist im Generalsekretariat der FMH integriert und hat den grossen Vorteil, sämtliche Dienste des FMH-Generalsekretariates nutzen zu können. Das SIWF ist direkt der Ärztekammer gegenüber rechenschaftspflichtig. Aus diesem Grund wird die Rechnung 2009 des SIWF, das am 1. April 2010 seinen ersten Geburtstag feiern konnte, nun erstmals separat vorgestellt.

Der Gewinn beträgt 42921.79 Franken, budgetiert war ein Verlust von 472 170.00 Franken. Wo liegen die Gründe für diese grosse Differenz zum Budget 2009? Zum einen bei den Mehreinnahmen durch Titelerteilungen: Eine Prognose ist immer schwierig zu stellen. Bedenkt man, dass ein Titel Einnahmen von 4000 Franken generiert, dann können 100 oder 200 Titelerteilungen mehr rasch einen beträchtlichen Differenzbetrag ausmachen. Zum zweiten beim Projekt Akkreditierung: Vor zwei Jahren konnte nicht damit gerechnet werden, dass 2009 bereits eine halbe Million an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bezahlt werden muss. Wichtigste Einnahmequellen sind die Facharzttitel (1250 erteilte Titel, 5 Mio. Franken) und die Gebühren für Visitationen (300 000 Franken). Beim Aufwand, der etwas mehr als 5 Mio. Franken beträgt, fällt in erster Linie der Personalaufwand ins Gewicht (2,3 Mio. Franken), in welchem nicht nur die Löhne der Mitarbeitenden der SIWF-Geschäftsstelle, sondern auch die Löhne der Mitglieder des Plenums, des Vorstandes und weiterer Kommissionen enthalten sind. Die Projekte machen einen weiteren grossen Anteil am Aufwand aus (Akkreditierung allein 0,5 Mio. Franken), und auch die Internen Verrechnungen, d.h. die Arbeitsstunden, welche das SIWF bei andern Abteilungen des Generalsekretariates einkauft (Rechtsdienst, Informatik, usw.) schlagen mit 1,4 Mio. Franken zu Buche. Der erzielte Gewinn wird den Reserven SIWF zugewiesen, welche aktuell knapp 5 Mio. Franken betragen.

A. Girr/ZH stellt fest, dass wir eine halbe Million Franken an das BAG dafür bezahlen, dass wir dem BAG die Arbeit abnehmen dürfen. Ch. Hänggeli bestätigt dies und fügt hinzu, dass es sogar mehr als eine halbe Million sein wird, denn 2009 wurde nur eine erste Tranche fällig, weitere mindestens 300 000 Franken werden 2010 anfallen. Leider gab es keine andere Wahl, als diese Akkreditierungsgeschichte seitens des Bundes zu akzeptieren.

Es werden keine weiteren Fragen gestellt.

Jahresrechnung 2009 FMH

Daniel Herzog/Generalsekretär FMH, präsentiert anschliessend die Gesamtrechnung 2009 der FMH, welche auch die soeben präsentierte Rechnung SIWF beinhaltet.

Auch hier ist das Ergebnis mit 444 000 Franken Gewinn gegenüber einem budgetierten Verlust von 359 000.00 Franken sehr viel besser ausgefallen. Gründe dafür sind Mehreinnahmen beim SIWF, Verschiebung von Projekten und dadurch (noch) nicht erfolgte Stellenbesetzungen und die Rückerstattungen bei/nach Titelerwerb. Bei letzteren ist der Peak 2009 erreicht worden, sie sollten von jetzt an langsam zurückgehen. Vom erzielten Gewinn werden dem Eigenkapital der FMH 401 000 Franken und 43 000 Franken, wie bereits erwähnt, den Reserven SIWF zugewiesen.

Der Präsident bittet Roland Schwarz/Präsident der Geschäftsprüfungskommission (GPK) um den Bericht der GPK. R. Schwarz/GPK informiert, dass die GPK zusammen mit der Revisionsstelle und dem Generalsekretariat die Jahresrechnung 2009 eingehend besprochen und als korrekt befunden hat. Er weist besonders auf zwei Punkte hin: Zum einen auf die von D. Herzog bereits erwähnten Rückerstattungen bei/nach Titelerwerb, die aktuell noch immer gleich hoch sind, von welchen man aber erwartet, dass sie einmal auf etwa die Hälfte der Kosten zurückgehen, was die Ausgaben der FMH um etwa 0,7 Mio. Franken senken wird. Der andere für die GPK wichtige Punkt liegt darin, dass man vom Überschuss eine Rückstellung in der Höhe von einer halben Million Franken für «PR und Politik» vorgenommen hat. Die GPK ist diesbezüglich mit dem Zentralvorstand einig gegangen. Nachdem 2008 die Kampagne «Nein zum Kassendiktat» aus den Rückstellungen «PR und Politik» finanziert wurde und in nächster Zukunft weitere grössere Aufwendungen für politische Kampagnen anstehen könnten, ist es wichtig, diesen Fonds wieder zu äufnen. Die GPK empfiehlt die Jahresrechnung 2009 zur Annahme.

Peter Geissbühler/Von Graffenried Treuhand AG (Kontrollstelle) bestätigt, dass die Kontrollstelle die Jahresrechnung 2009 der FMH geprüft, diese als dem Gesetz und den Statuten entsprechend beurteilt hat und sie zur Annahme empfiehlt.

Homayon Chaudhry/VSAO bezieht sich auf die Übersicht der Löhne des Zentralvorstandes für 2009 und bittet darum, diese Übersicht zu projizieren. Der Generalsekretär stellt klar, diese vertrauliche Übersicht stehe ausschliesslich den stimmberechtigten Ärztekammerdelegierten zur Verfügung. Da im Saal noch andere Personen anwesend seien, werde der Bitte um Projizierung nicht entsprochen. H. Chaudhry/VSAO möchte vom Präsidenten wissen, ob dieser beabsichtige, seine ausgewiesenen, unbezahlten Überstunden zusätzlich zu seinem Gehalt geltend zu machen. Der Präsident versichert, dass dem nicht so sein werde. Im Generalsekretariat werde eine Betriebsbuchhaltung geführt, die erfordere, dass die erfasste Arbeitszeit (Stempelung) auf die entsprechenden Kostenstellen gebucht

werde. *Christine Romann/ZV* macht sich Sorgen um die Gesundheit des Präsidenten bei dieser aussergewöhnlich hohen Zahl an Überstunden. Man habe im ZV darüber diskutiert und sei der Meinung, man dürfe nicht davon ausgehen, ein FMH-Präsident müsse sich ständig 200-prozentig engagieren. *R. Schwarz/GPK* präzisiert zur Übersicht der ZV-Löhne 2009, dass die Überstunden auf dem im Generalsekretariat üblichen Vollzeitpensum von 41 Stunden/Woche basierten und dass die Gesamtsumme der ausgewiesenen Bruttolöhne die Sozialleistungen von ca. 0,5 Mio. Franken nicht enthielte. Der *Präsident* bemerkt dazu, dass ein 200%-Pensum de facto einer 80-Stunde-Woche entspricht, was er als durchaus ertragbar erachtet. *Marcel Stampfli/BE* hat bei den Rückstellungen für Ruhegehälter eine beträchtliche Zunahme festgestellt und will wissen, welche Verpflichtungen die FMH diesbezüglich hat. *R. Schwarz/GPK* erläutert, diese Ruhegehälter seien als Abfindungen gedacht, um einem ZV-Mitglied nach Ausscheiden aus dem Zentralvorstand den beruflichen Wiedereinstieg zu erleichtern. Im letzten Jahr seien alle ZV-Mitglieder fest angestellt worden. Neu würden nun auch ZV-Mitglieder mit einem kleineren Pensum als 50%, (bereits ab 35%), jedoch abgestuft, eine Abfindung erhalten. Die Summe sei jedoch im Ganzen gesenkt worden, so dass es einigermassen kostenneutral bleibe.

Vincenzo Liguori/TI stellt fest, dass die Kosten für Werbeaufwand, die 2006 noch etwas über 100 000 Franken betragen, 2009 bis auf knapp 400 000 Franken gestiegen sind und möchte wissen, was dies beinhaltet. Der *Generalsekretär*, welcher die Zahlen 2006 nicht zur Hand hat, verspricht dem Fragenden eine persönliche Antwort. (Die Steigerung im Werbeaufwand beinhaltet insbesondere den Auf-

bau eines Monitorings [politoscope auf myFMH] in Zusammenarbeit mit einer externen Agentur sowie eine wesentlich stärkere Präsenz in der Öffentlichkeitsarbeit.)

Décharge-Erteilung

Nachdem keine weiteren Fragen zur Jahresrechnung und zum Geschäftsbericht gestellt werden, bittet der *Präsident* die Ärztekammer, in der Folge über Jahresbericht, Jahresrechnung und Décharge-Erteilung gesamthaft abzustimmen. Dagegen wird nicht opponiert.

Décharge-Erteilung an den Vorstand SIWF

Mit 139 Stimmen, ohne Gegenstimmen und 7 Enthaltungen werden von der *Ärztammer Jahresbericht SIWF* und *Jahresrechnung SIWF* einstimmig genehmigt und dem *SIWF-Vorstand Décharge* erteilt.

Décharge-Erteilung an den Zentralvorstand

Mit 137 Stimmen, ohne Gegenstimmen und 11 Enthaltungen genehmigt die Ärztekammer einstimmig den Jahresbericht des Zentralvorstands sowie die Jahresrechnung 2009 und erteilt dem Zentralvorstand Décharge.

Budget 2011

Genehmigung der Jahresziele

Der *Präsident* erinnert eingangs an die Strategischen Ziele der FMH für die Legislatur 2008–2012, wie sie von der Ärztekammer im Dezember 2008 genehmigt wurden (auf der FMH-Website www.fmh.ch publiziert). Nun, in der Mitte der Legislatur, zeigt der *Präsident* auf, welche Ziele sich der Zentralvorstand in den 8 Themenbereichen für 2010/2011 gesetzt hat:

1. Die Ärzteschaft verschafft sich Gehör in gesundheitspolitischen Belangen.
 - 1.2. Sämtliche relevanten gesundheitspolitischen Themen werden durch die FMH antizipiert und in einem Grundlagendokument (wie sich die FMH das Gesundheitswesen der Schweiz vorstellt) publiziert. Darin sind die einzelnen Themen ersichtlich. Damit ist eine proaktive Positionierung der FMH in der Politik möglich.

Der Zentralvorstand will sich 2010 auf diesen zweiten Punkt konzentrieren. Mitte Juni zieht sich der ZV zu einer dreitägigen Klausur zurück, in welcher das oben erwähnte Grundlagendokument erarbeitet werden soll. Aus diesem Grundlagendokument werden sich die regelmässig publizierten Positionspapiere, Stellungnahmen, Pressecommuniqués ableiten.

2. Hohe Qualität der ärztlichen Leistungserbringung
 - 2.2. Die FMH wacht darüber, dass die für das Gesundheitswesen bestimmten öffentlichen Finanzmittel so eingesetzt werden, dass das heutige gut



Ein Blick hinter die Kulissen: Die Tontechnik sorgt für die richtige Akustik.

funktionierende und qualitativ hochstehende Gesundheitssystem erhalten bleibt bzw. verbessert wird.

2010 will sich der ZV vor allem auf dieses Ziel konzentrieren. Zum Teil werden die Überlegungen dazu auch in das während der ZV-Klausur im Juni auszuarbeitende Grundlagendokument einfließen. Weiter sind in Umsetzung dieses Themenbereiches das bereits laufende Projekt Q-Monitoring («Qualität der ärztlichen Leistungserbringung sichtbar und messbar machen») sowie das Überdenken der Strukturen des Gesundheitswesens zu sehen, insbesondere das Thema Managed Care, über welches die heutige Ärztekammer unter Traktandum 11 diskutieren wird.

3. Hohe Qualität in der ärztlichen Berufsbildung

3.1. Die FMH setzt sich für eine hohe Qualität in der ärztlichen Berufsbildung ein und unternimmt alles, damit der Einfluss der FMH auf die Berufsbildung gewährleistet bleibt.

M. Giger/SIWF hat die Schwerpunkte diesbezüglich in seinen Ergänzungen zum Jahresbericht SIWF bereits dargelegt. Es handelt sich dabei einerseits um die bereits initiierte, bedarfsgerechte, strukturierte Weiterbildung, mittels Einführung von Logbuch und arbeitsplatzbasiertem Assessment, andererseits um die bereits abgeschlossene Erarbeitung von Grundlagen zur Einführung einer Fortbildungsplattform.

4. Fördern des beruflichen Nachwuchses.

4.1 Die FMH erarbeitet differenzierte Massnahmen zur Förderung des beruflichen Nachwuchses.

Der ZV, sein Vizepräsident Ignazio Cassis und das SIWF wollen vor allem in diesem Bereich aktiv werden mit politischen Vorstössen zur Erhöhung der Anzahl von Bildungsplätzen. Weiter sollen Mittel ergriffen werden, um die Attraktivität des Arztberufes und seiner verschiedenen Fachrichtungen, inbegriffen selbstverständlich die Hausarztmedizin, zu steigern. Diesbezügliche Aktivitäten sind im Bereich Tarife, Arbeitsbedingungen und Lebensqualität bereits angelaufen und werden weiter verfolgt.

5. Wahrung der Gestaltungsfreiheit in der Arzt-Patienten-Beziehung

5.1. Im Bewusstsein der zentralen Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung setzt sich die FMH dafür ein, dass diese positiv ausgestaltet werden kann.

In diesem Bereich will sich der ZV schwerpunktmässig einsetzen, durch Erarbeitung eines Grundlagendokumentes.

5.2. Die FMH stellt sich, unerheblich in welchem System, gegen jegliche Vorgaben für die Ausgestaltung der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung («Schutz der eigenen vier Wände»).

Hier geht es um Kommunikationsmassnahmen, die erforderlich sind, um die Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung aufzuzeigen und sie zu bewahren. Diese Aktivität ist Teil der Tätigkeiten der Abteilung Kommunikation und bereits angelaufen.

5.3. Die FMH wehrt sich gegen Einschränkungen von sozial und wirtschaftlich Benachteiligten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Dies wird zweifelsohne ein Schwerpunkt zu Ende dieses Jahres werden, wenn die Diskussionen um die Nachfolgeregelung des Zulassungsstopps anlaufen.

5.4. Die freie Arztwahl muss für den Patienten grundsätzlich möglich bleiben. Da der Kontrahierungszwang eine unerlässliche Voraussetzung für den Erhalt der freien Arztwahl ist, setzt sich die FMH vorbehaltlos für dessen Beibehaltung ein.

Dazu hat die FMH bereits mehrmals klar Stellung bezogen und wird es weiter tun, insbesondere in den Diskussionen um die Ausgestaltung von Managed Care.

6. Pflegen des Vertrauensverhältnisses zwischen der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit

6.1. Die FMH macht ihr Denken und Handeln gegenüber der Öffentlichkeit transparent.

Diese Zielsetzung wurde u.a. mit dem neuen Internetauftritt der FMH (www.fmh.ch) umgesetzt.

7. Wahrung der berufspolitischen Interessen der Mitglieder

7.1. Die FMH kennt und berücksichtigt die Bedürfnisse und Anliegen ihrer Mitglieder.

Die Ergebnisse aus der vor einem Jahr an der Ärztekammer präsentierten Umfrage sind ausgewertet und in den verschiedenen ZV-Ressorts (Kommunikation, Politik, Qualität, Gesundheitsförderung und Prävention) in Umsetzung begriffen.

7.2. Die FMH setzt sich ein für eine Erhöhung der Anzahl politisch aktiver Ärzte und fördert deren Engagement.

Im Blick auf die Parlamentswahlen 2011 will sich der ZV in diesem Jahr schwerpunktmässig mit diesem Thema befassen, einerseits mit der Erstellung eines Konzeptes zur Förderung des politischen Nachwuchses innerhalb der Ärzteschaft,

andererseits mit der bereits umgesetzten Führung einer stets aktuellen Liste der politisch aktiven Mitglieder.

7.3. Die FMH fördert die Solidarität zwischen den in ihr vertretenen Ärztesgruppierungen.

Im Sinne von verständnisfördernden Massnahmen (Gespräche, Meinungsaustausch, usw.) finden bereits regelmässig Meet- und Learn-Anlässe (für Kommunikationsbeauftragte von KGs und FGs) statt, im Anlaufen sind Treffen mit Kantonalen Ärztesgesellschaften, dem Büro Tarife, und als Plattform zum Meinungsaustausch sei die SÄZ nicht zu vergessen. Weiter wird sich der ZV mit der Erarbeitung von Anforderungsprofilen für ZV-Mitglieder hinsichtlich der Gesamterneuerungswahlen 2012 befassen.

8. Einsetzen für eine angemessene Entschädigung der ärztlichen Leistung

8.2. Die FMH definiert Referenzgrössen für eine «angemessene Entschädigung» (z.B. Erhalt der Kaufkraft, Äquivalenzeinkommen, usw.).

Bereits angelaufen ist hier die erweiterte Erhebung der Ärzteteinkommen (Zusammenarbeit DDQ/ Büro BASS) und weiterer relevanter Faktoren.

Thomas Keller/SZ moniert, im Antrag Nr. 1 des ZV zum Traktandum Nr. 5.1. stehe, die Unterlagen würden später nachgereicht, was aber nicht erfolgt sei.

Der Präsident antwortet, das sei ein Missverständnis gewesen, es gebe keine anderen Unterlagen als die soeben gezeigte Präsentation. Th. Keller/SZ findet, die Delegierten sollten die Möglichkeit haben, solche Unterlagen in Ruhe zu studieren und sich dazu Gedanken zu machen. Die Präsentation sei viel zu schnell erfolgt, als dass er dazu Stellung nehmen und seine Mitglieder darüber informieren könne. Der Präsident erwidert, die strategischen Ziele seien seit einem guten Jahr auf der FMH-Website publiziert, heute sei es nur darum gegangen, aufzuzeigen, mit welchen der strategischen Zielsetzungen sich der ZV im kommenden Amtsjahr schwergeköchtig befassen wolle. Der Interpellant gibt sich mit dieser Antwort nicht zufrieden und erwartet, dass man künftig aktuelle Unterlagen mit den Sitzungsunterlagen zur Verfügung stellt. Der Präsident schlägt vor, die vorliegende Präsentation den Ärzteskammerdelegierten zusammen mit dem Protokoll per Mail zuzustellen.

Christian Kind/Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) zeigt sich, in Bezug auf die Ziele des SIWF, etwas erstaunt darüber, dass die Finanzierung der Weiterbildung ausgeblendet ist. Für die Spitäler sei dies im Hinblick auf die Einführung von DRG in 2012 beunruhigend. M. Giger/SIWF antwortet, DRG habe nur sekundär Einfluss auf die Finanzierung der Weiterbildung. Das Problem sei die KLV (Krankenpflege-Leistungsver-

ordnung), mit welcher die Finanzierung der Weiterbildung aus den Spitaltarifen ausgegliedert werden solle. Weil man sich dessen bewusst sei, habe man auch die Studie Telser/Leukert («Studie zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung») finanziert, die aufzeigt, welche unterschiedlichen Finanzierungsmodelle für die Weiterbildung weltweit existieren. Der von Telser/Leukert gemachte Vorschlag, wonach Assistenzärzte/-ärztinnen aus einem von verschiedenen Finanzierungsquellen gespeisten zentralen Weiterbildungspool jährlich einen festgesetzten Betrag für die Weiterbildung zugesprochen erhalten, sei mit dem Präsidium der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) diskutiert worden und dort zunächst positiv aufgenommen worden. Zur Zeit wird das Thema im Rahmen des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik» (Vorstand GDK, Vorsteher EDI und betroffene Ämter treffen sich dreimal jährlich, um gesundheitspolitische Themen zu erörtern) diskutiert. Erstes Thema für die im September 2010 erstmals tagende «Plattform ärztliche Berufsbildung» wird die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung sein. Mit Resultaten ist erst im Frühjahr 2011 zu rechnen. An der letzten SIWF-Vorstandssitzung wurde beschlossen, gemeinsam mit H+ sowie Vertretern von Universitäts- und Kantonsspitalern eine Taskforce zu bilden, die sich dieses Themas vermehrt annehmen soll. Ch. Kind/SGP bedankt sich für die Ausführungen und regt an, über diese Vorhaben breiter zu kommunizieren. Denn es wäre für die Fachgesellschaften einfacher, den Weiterbildungsstätten neue Auflagen zu machen, wenn gleichzeitig aufgezeigt werden könne, dass sich auch bei der Finanzierung der Weiterbildung etwas tue. M. Giger/SIWF nimmt diese Anregung gerne entgegen und führt weiter aus, dass aus Sicht des SIWF in Sachen Finanzierung rascher gehandelt werden müsse, als dies von einer Diskussionsplattform erwartet werden könne. Seiner Ansicht nach könnte es der FMH gut anstehen, endlich eine nationale Gesundheitspolitik mit klaren Prioritäten zu fordern.

A. Girr/ZH zeigt sich erfreut darüber, dass sich die FMH vermehrt politisches Gewicht verschafft und eine Leaderfunktion einnehmen will. Er fragt sich allerdings, wie das gehen soll, und zeigt eine Möglichkeit dazu gleich selbst auf, indem er auf die seit Jahren regelmässig bei ihm eintreffenden E-Mails von santésuisse hinweist. Der Präsident erwidert, dass wir einen wöchentlichen Versand der Schweizerischen Ärztezeitung in einer Auflage von mehr als 35 000 Exemplaren haben, die auch an Versicherer und Politiker geht. Auch die FMH informiere die Präsidenten regelmässig über bevorstehende und stattgehabte Diskussionen im Parlament sowie über eingereichte Stellungnahmen in Vernehmlassungsverfahren. Es sei dann an den Präsidenten, diese Informationen weiter zu streuen. Nach Meinung des Präsidenten stehen wir in Sachen Information santésuisse in nichts nach, obwohl er deren Kommunikationskultur nicht unbedingt als Modellfall sehen möchte. A. Girr/ZH regt an, dass die FMH, im Sinne einer Bringschuld, ebenfalls



Das Empfangsteam der FMH: geballte Frauenpower.

einen Mail-Versand auf die Beine stellt. *J. de Haller* nimmt diese Anregung entgegen.

Nachdem keine weiteren Fragen zu den Jahreszielen des Zentralvorstands gestellt werden, übergibt der *Präsident* das Wort dem Generalsekretär für die Präsentation des Budgets 2011.

Budget 2011 der FMH und Festsetzung der Mitgliedergrundbeiträge

Daniel Herzog präsentiert zunächst das Gesamtbudget der FMH inkl. SIWF, welches von der Ärztekammer genehmigt werden muss. Durch geplante Auflösungen von Rückstellungen aus dem Jahr 2009 (s. Jahresrechnung 2009) sowie einer moderaten Erhöhung bei den Personalkosten (nur knapp 3%) und den Projektaufwendungen, kann ein ausgeglichenes Budget mit einem kleinen Verlust von 28 000 Franken unterbreitet werden. Die Mitgliedergrundbeiträge bleiben gleich. Die Sonderbeiträge, für welche heute Anträge vorliegen, sind im Budget noch nicht berücksichtigt. Wie der *Generalsekretär* anhand einer Übersicht über die letzten 10 Jahre zeigt, sind die Mitgliederbeiträge seit 2007 einigermassen stabil geblieben.

Budget 2011 SIWF

Ch. Hänggeli/Geschäftsführer SIWF präsentiert anschliessend das Budget SIWF. Auch das SIWF-Budget ist mit einem Gewinn von 38 000.00 Franken ausgeglichen. Die Budgetierung der Einnahmen, die sich hauptsächlich aus Titelgebühren generieren, ist wie immer schwierig, da man nie weiss, wie viele Ärztinnen und Ärzte ihr Titelgesuch einreichen werden. Vor 2002 wurden durchschnittlich 800 Titel pro Jahr erteilt. Es folgte der Zulassungsstopp 2002/2003, welcher einen unglaublichen «Run» auf die Facharzttitel auslöste. Man ging davon aus, dass die Titelerteilungen dann

wieder auf die Zahl vor dem Zulassungsstopp zurückgehen würden, was bis 2006 in etwa eintrat. Die erwartete Stabilisierung auf Höhe von etwa 900 Titeln pro Jahr erfolgte nicht: 2008 und 2009 wurden 1250 Facharzttitel erteilt. Ertrag und Aufwand bleiben in etwa gleich wie 2009, die Gebühren bleiben unverändert auf dem Stand ihrer Einführung 2001. Beim Thema Fortbildung wird man sich Gedanken über eine Finanzierung machen müssen, da es nicht angehen kann, dass Kosten für Infrastruktur und Verwaltung der Fortbildung über Titelgebühren bezahlt werden. Im Jahr 2006 wurde eine Rückstellung in Höhe von 1 Mio. im Hinblick auf die Akkreditierung und verschiedene geplante Projekte getätigt. Im Jahr 2009 wurden davon 200 000 Franken aufgelöst, die verbleibenden 800 000 Franken können in den Jahren 2010 und 2011 aufgelöst werden. Eine Ausgabenzunahme ist in den nächsten Jahren beim Vollausbau der internetbasierten Fortbildungsplattform, beim elektronischen Logbuch, beim formativen und summativen Assessment zu erwarten. Daneben gibt es auch abnehmende Kosten, etwa für die Akkreditierung und für die Internen Verrechnungen.

Jürg Pfisterer/SGIM zeigt sich irritiert, das SIWF immer noch im Budget der FMH aufgeführt zu sehen. Der *Generalsekretär* erläutert, dass nur die Jahresrechnung getrennt wird, weil die Ärztekammer separat darüber abstimmen muss, dass aber beim Budget das Gesamtbudget zu genehmigen ist. *R. Schwarz/GPK* ist mit dem Budget nicht so glücklich, aus zwei Gründen:

Erstens ist das Budget 2011 nur deshalb ausgeglichen, weil eine Rückstellung in der Höhe von 0,5 Mio. aufgelöst wird. Zwar wurden mit dem Abschluss 2009 Rückstellungen von 0,5 Mio. Franken zugunsten «PR und Politik» getätigt, mit der Auflösung 2011 wird das Geld dann aber gleich wieder zurückgeholt. Plötzlich

notwendig werdende politische Aktivitäten (Referendum usw.) kosten rasch über eine Million Franken. Der Fonds «PR und Politik» sollte also unbedingt, möglichst mit dem Abschluss 2010, weiter geöffnet werden können.

Der zweite Punkt, der ihm etwas Sorgen bereitet, ist die Tatsache, dass im Budget 2011 ca. 1,1 Mio. Franken durch erhöhte Personalaufwendungen verursacht werden. Davon sind durch Anstellungen etwa 0,7 Mio. wiederkehrende Kosten. Wenn mit Rückstellungen wiederkehrende Kosten ausgeglichen werden, entsteht zwar 2011 kein Problem, 2012 wird dieses Geld aber fehlen. Auch das sei im Auge zu behalten.

Der *Präsident* bestätigt, dass der Zentralvorstand mit der GPK darüber diskutiert habe und man im nächsten Budget darauf achten werde, genauso wie man auch gewährleisten wolle, dass der Fonds «PR und Politik» für die Finanzierung einer Kampagne, wie sie beispielsweise vor zwei Jahren durchgeführt wurde, ausreiche.

A. *Girr/ZH* stösst sich nochmals an der «Subventionierung» des BAG, wie er es ausdrückt, und *Gabriele Merki/VSAO* erkundigt sich nach den Rechtsgrundlagen für die Akkreditierungsbeiträge. *Ch. Hänggeli/Geschäftsführer SIWF* antwortet A. *Girr*, dass, wenn man bedenke, wie hart man habe dafür kämpfen müssen, um die Weiterbildung überhaupt bei der FMH zu behalten, die hohen Akkreditierungskosten doch etwas relativiert betrachtet werden müssen. Gegenüber G. *Merki* bestätigt er die vorhandene Rechtsgrundlage für die Akkreditierungsbeiträge, nämlich die Verordnung zum Medizinalberufegesetz. Dort wurde vom Bundesrat vorgesehen, dass pro Weiterbildungsgang zwischen 10000 bis 50000 Franken Gebühren bezahlt werden müssen. Die FMH empfand dies als grotesk, denn sie hat aktuell 43 eidgenössische Facharztstitel, die Chiropraktoren z.B. nur 1 Titel. Dass diese Bestimmungen in der Verordnung nun genau gleich zur Anwendung kommen für eine Gesellschaft, die nur 1 Titel hat, wie für eine andere, die 43 Titel hat, ist nicht sachgerecht. Leider ist man hier aber nicht durchgekommen und nun müssen die 800000 Franken einfach bezahlt werden. Es führt kein Weg daran vorbei.

Es werden keine weiteren Fragen gestellt.

Sonderbeitrag NAKO (NewIndex)

Der *Präsident* bittet *Ernst Gähler/ZV* um Begründung des Antrags für den Sonderbeitrag NAKO (NewIndex). Für die Tarifverhandlungen sowohl der FMH wie der Kantonalen Ärztesellschaften und der KKA, aber auch von Fachgesellschaften ist es wichtig, unsere eigene Datenlage mit diesen NAKO-Zahlen wesentlich zu verbessern. Ärztinnen und Ärzte verfügen dank ihrer Datenlieferung an die Trustcenter über ihren persönlichen Praxisspiegel, mit welchem sie sich mit ihren Kolleginnen und Kollegen vergleichen können und der ihnen in Wirtschaftlichkeitsverfahren von grossem Nutzen ist. Die in die NewIndex fließenden anonymisierten Daten werden von der Nationalen

Konsolidierungsstelle (NAKO) für die Tarifverhandlungen sachgerecht aufbereitet. Immer wieder konnten in den vergangenen Jahren dank den konsolidierten Zahlen die Datenlage von *santésuisse* plausibilisiert und gewisse Erfolge erzielt werden. Hilfreich waren diese Zahlen sowohl in der Kostenneutralitätsphase des TARMED wie aktuell bei den *LeiKoV*-Verhandlungen für die kantonalen und regionalen Taxpunktwerte, bei der Besuchs-Inkonvenienzpauschale, den TARMED- und Analysenliste-Revisionen, und ganz entscheidend für die Anhebung der Notfallpauschalen. Die Finanzierung der NAKO kann durch *NewIndex*-/NAKO-Verträge nicht vollständig sicher gestellt werden. Weil immer mehr Tarifverhandlungen stattfinden, steigen auch die Ansprüche an die NAKO und die Nachfrage nach konsolidierten Zahlen. Zwar führte eine Verbesserung der Ertragslage bei *NewIndex* zu mehr Einnahmen, wegen der steigenden Zahl an Aufträgen werden eine neue Stelle und ein vermehrter Beizug von externen Ressourcen notwendig. Der steigende Finanzbedarf kann für das Jahr 2011 durch einen zweckgebundenen Sonderbeitrag in der Höhe von CHF 36.00 für die Mitgliederkategorien 1 und 2 gedeckt werden (*Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 5.3*). Die Delegiertenversammlung wird in den nächsten Monaten diskutieren, ob dieser Sonderbeitrag nicht in den Mitgliedergrundbeitrag integriert werden soll und diesbezüglich bis spätestens zur nächsten ordentlichen Ärztekammersitzung Beschluss fassen.

Bernhard A. Sorg/ZH plädiert für Annahme des Sonderbeitrags, weil er für Aufgaben verwendet wird, die für die tägliche Arbeit in der Praxis sehr nützlich sind und weil damit die Anstrengungen von *E. Gähler/ZV* unterstützt werden, zu verhindern, dass jährliche Einkommenseinbussen in Kauf genommen werden müssen.

EMH: Unterstützungsbeitrag

Der *Präsident* begrüsst zu diesem Traktandum den Verwaltungsratspräsidenten *EMH Ludwig T. Heuss* und streift zu Beginn nochmals kurz die Geschichte der EMH. Die FMH mit 55 % und der Verlag Schwabe mit 45 % Aktienkapital sind die Eigentümer der EMH. Vertreter der FMH im Verwaltungsrat sind *Ludwig T. Heuss* (VRP), *Hans Kurt* und *Jean Martin*.

Das Kerngeschäft der EMH steht auf drei Pfeilern, die sich aus dem Zweckartikel der FMH-Statuten ableiten: Die Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ) steht für die Gesundheitspolitik, das *Swiss Medical Forum* (SMF) für die medizinische Berufsbildung und das *Swiss Medical Weekly* (SMW) für die wissenschaftliche Forschung. Dies ermöglicht der FMH eine autonome Kommunikation, alle drei Publikationen unterstehen ausserordentlich strikten ethischen Regeln und ihre Redaktionen sind absolut unabhängig. Wie bereits in der ausserordentlichen Ärztekammer vom 10. Dezember 2009 aufgezeigt, sind die Werbeeinnahmen, mit welchen diese Publikationen finanziert werden, seit 2008 eingebrochen, einerseits wegen der Finanzkrise,

andererseits wegen einer grundlegenden Änderung in den Werbeaufträgen der Pharmaindustrie. Beides hat dazu geführt, dass in den drei Publikationen wesentlich weniger Inserate geschaltet werden. Die Ärztekammer hat deshalb im Dezember 2009 eine Abonnementsgebühr von 30.00 Franken für das Jahr 2010 für alle Mitgliederkategorien, mit Ausnahme der Kat. 4/Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, beschlossen und den Zentralvorstand beauftragt, «zusammen mit der EMH bis zur ord. Ärztekammer im Mai 2010 das bisherige Geschäftsmodell den aktuellen und zukünftigen Gegebenheiten anzupassen und ein Konzept für eine nachhaltige Finanzierung zu entwickeln, welche die Unabhängigkeit und Qualität der für die gesamte Ärzteschaft wichtigen Publikationsorgane sicherstellen.» Mitte März und Anfang April hat die EMH auf konkrete Fragen der FMH geantwortet: Als wichtigste Massnahme, um die bestehende Angebotspalette zu ergänzen und einen Deckungsbeitrag für die Publikationen zu generieren, erachtet EMH die aktuell in Evaluation stehende engere Zusammenarbeit mit Médecine & Hygiène respektive mit der Revue Médicale Suisse. Die Frage nach den Gesamt- und Einzelproduktionskosten der drei Publikationen beantwortete EMH damit, die drei Produkte seien gesamthaft zu betrachten und dürften nicht gegeneinander aufgewogen werden. Ein Verzicht auf einen der drei Titel dürfte weitere Rückgänge bei den Inserateinnahmen bewirken und keine nennenswerte finanzielle Besserstellung des Verlages bringen. Die SÄZ generiere einen Gewinn, das Swiss Medical Forum und das Swiss Medical Weekly einen Verlust. EMH erachte eine Abonnementsgebühr in der Höhe von 100–150 Franken als wünschbar und hinsichtlich des Gegenwertes der bezogenen Leistungen als sicher nicht überrissen.

Da der Auftrag der Ärztekammer vom Dezember 2009 vor allem aus zeitlichen Gründen nicht erledigt werden konnte, ersucht der *Präsident* die Ärztekammer in Ergänzung zum Antrag des Zentralvorstandes Nr. 1 zu Traktandum Nr. 5.4. (enthaltend u. a. die Kompetenzerteilung an den ZV, nach Rücksprache mit der DV für 2011 allenfalls nochmals eine einmalige Abogebühr von 30 Franken für alle Mitgliederkategorien exkl. Kat. 4 zu erheben) darum, «den ZV zu beauftragen, die eingeleiteten Massnahmen im Sinne des Beschlusses der Ärztekammer vom Dezember 2009 fortzusetzen, mit einer nochmaligen Evaluation der Produktionskosten und Werbeeinnahmen, einer Evaluation der Unternehmensstrukturen und Zuständigkeiten sowie der Finanzflüsse, und einer (Neu-)Definition der Bedürfnisse mittels Erstellung eines mittel- und langfristigen Businessplans. Weiter solle der ZV eine repräsentative Arbeitsgruppe einsetzen (ZV, regionale Dachorganisationen, VSAO, EMH, Schwabe, M&H).» Der *Präsident* legt für diese Arbeiten einen festen Zeitplan vor.

Ch. Ramstein/VEDAG bemängelt, der Antrag des VEDAG an der Ärztekammer vom 10.12.2009 sei nicht erfüllt worden, er habe ein Geschäftsmodell an-

visiert, während der *Präsident* heute nur von einem Finanzierungsmodell spreche, und der präsentierte Zeitplan habe den Delegierten nicht vorgelegen.

Während *A. Sury/GPK* dem Drama EMH endlich ein Ende setzen möchte und für eine Übernahme der SÄZ direkt nach Bern plädiert, vertritt *Guido Robotti/TI* die Meinung, dass aufgrund der heute neuen und anderen Informationsmöglichkeiten das ganze Konzept der Kommunikation gegenüber der Ärzteschaft grundlegend überdacht werden müsse.

Ludwig T. Heuss/VRP EMH erwidert, der wesentliche Punkt sei die nachhaltige Finanzierung. Elektronische Medien in Ehren, aber die Finanzierung erfolge zur Hauptsache über Inserate. Der Werbeeinbruch betreffe im übrigen bei weitem nicht nur die EMH, sondern auch ganz namhafte Printmedien. Es brauche eine nachhaltige Finanzierung, einen Grundstock, auf den man sich verlassen könne. Man dürfe nicht völlig von Inserateneinnahmen abhängig sein, und es stelle sich die grundsätzliche Frage, ob sich die Ärzteschaft auf Dauer leisten könne, sich ihre Informationen durch die Pharmaindustrie bezahlen zu lassen.

B. Sorg/ZH ist nicht bereit, nochmals 30 Franken zu bezahlen. Es sei nicht Aufgabe der FMH, Zeitschriften, die nicht nötig seien, zu subventionieren, und er plädiert dafür, dass man SMF und SMW auf Ende Jahr aufgibt.

Marc Müller/KHM, mit seinem Vorredner gar nicht einverstanden, zeigt sich erstaunt darüber, dass die Nützlichkeit der Publikationen so lange sie gratis gewesen seien, nie in Frage gestellt worden sei. Man müsse sich endlich von der Idee verabschieden, dass es irgendetwas auf dieser Welt gratis gebe. Er steht überzeugt dafür ein, dass wir alle drei Publikationen brauchen und, wenn man qualitativ gute und unabhängige Printmedien wolle, man dafür auch Abonnementsgebühren zahlen müsse. *Hans-Anton Vogel/AI-AR* möchte zuerst ein Konzept haben, aus dem hervorgeht, was uns die Information bedeutet. Erst danach könne man über die Finanzierung sprechen. *G. Merki/VSAO* holt sich ihre Informationen für die Fortbildung aus den (Gratis-)Publikationen ihrer Fachgesellschaft und vor allem auch aus englischen Publikationen. *V. Liguori/TI* verlangt einen klaren Businessplan und die Prüfung aller Formen der Publikation (Print, Internet usw.). Im Tessin verfüge man diesbezüglich über grosse Erfahrungen. *L. T. Heuss/VRP EMH* bekräftigt, dass die EMH selbstverständlich über einen klaren Businessplan verfüge. Er würde sich freuen, über viele Dinge gemeinsam an einem Tisch zu diskutieren.

Nachdem das Wort nicht mehr verlangt wird, schliesst der *Präsident* die Diskussionsrunde und bittet die Ärztekammer, über die verschiedenen Anträge abzustimmen.

Antrag Nr. 1 des ZV zu Traktandum Nr. 5.1/Jahresziele wird von der Ärztekammer mit grosser Mehrheit, bei 2 Gegenstimmen und 12 Enthaltungen angenommen.

Tabelle 1
Mitgliedergrundbeiträge 2011

Beitragskategorie	Bezeichnung	Betrag CHF
1	Selbständige Ärztinnen und Ärzte	660
2	Unselbständige Ärztinnen und Ärzte in leitender Funktion	660
3	Unselbständige Ärztinnen und Ärzte nicht in leitender Funktion	330
4	Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu einem eidg. Facharzttitel	330
5	Ärztinnen und Ärzte mit Wohnsitz und Berufstätigkeit im Ausland	165
6	Vorübergehend nicht als Ärztin/Arzt berufstätige Mitglieder	165

Die Ärztekammer genehmigt einstimmig, mit 143 Stimmen und 10 Enthaltungen, *Antrag Nr. 1 des ZV zu Traktandum Nr. 5.2/Budget 2011 der FMH und Festsetzung der Mitgliederbeiträge 2011* (Übersicht Mitgliederbeiträge 2011 s. Tabelle 1).

Anschliessend genehmigen die Ärztekammerdelegierten ebenfalls einstimmig, mit 139 Stimmen und 9 Enthaltungen den *Antrag der ZV Nr. 1 zu Traktandum Nr. 5.3/Sonderbeitrag NAKO* (CHF 36.00 für die Mitgliederkategorien 1 und 2).

Schliesslich wird auch der *Antrag Nr. 1 des ZV zu Traktandum Nr. 5.4/Sonderbeitrag EMH, inkl. weiteres Vorgehen* wie präsentiert und diskutiert, von der Ärztekammer mit 70 Ja, 54 Nein und 34 Enthaltungen genehmigt.

Wahlen in den Zentralvorstand

Trotz etwas fortgeschrittener Zeit möchte der *Präsident* den ersten Wahlgang noch vor dem Mittagessen durchführen können, damit die Auszählung der Stimmen in der Mittagspause erfolgen kann.

Zwei Sitze im Zentralvorstand sind durch die Rücktritte von Max Giger und Marie-Christine Peter neu zu besetzen. Drei Kandidaten stellen sich zur Verfügung, in alphabetischer Reihenfolge *Jean-Baptiste OLLYO* (nicht anwesend), *Lausanne, Remo OSTERWALDER, Delémont*, und *Gert PRINTZEN, Luzern* (beide Delegierte der Ärztekammer und anwesend).

Die anwesenden Kandidaten werden sich kurz den Ärztekammerdelegierten vorstellen, für den abwesenden Kandidaten J.-B. Ollyo verweist der *Präsident* auf dessen Präsentation in der SÄZ Nr. 19/20.

J. Pfisterer/SGIM ist erstaunt, dass zwei Sitze besetzt werden sollen, da M. Giger ja als SIWF-Präsident zurücktrete und das SIWF eine unabhängige Organisation sei. Der *Präsident* erinnert daran, dass anlässlich der Gesamterneuerungswahlen 2008 die Zahl der ZV-Mitglieder für die Legislatur 2008–2012 auf 9 festgelegt wurde. *C. Romann/ZV* doppelt nach, dass angesichts der vielen Überstunden die zwei Sitze, unabhängig davon, dass mit M. Giger die Arbeiten des SIWF aus dem ZV weggingen, notwendig seien. Zudem beabsichtigt der ZV, die Arbeiten innerhalb des ZV anders verteilen.

Ch. Ramstein/VEDAG meldet sich zu Wort, um den vom VEDAG, SMSR und OMCT eingereichten *Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 6* vorzustellen. Die Präsidenten der in den regionalen Ärztesellschaften organisierten Kantonalen Ärztesellschaften haben zusammen diskutiert, wie die aktuellen Ersatzwahlen durchgeführt werden sollen, damit sie der Ärzteschaft am besten dienen. Im Sinne einer Übergangslösung bis zu den Gesamterneuerungswahlen 2012 sollen heute maximal 2 neue ZV-Mitglieder gewählt werden. Weiter soll die Delegiertenversammlung beauftragt werden, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, welche die bis heute noch nicht umgesetzten Kapitel aus den genehmigten neuen Führungsmodellen erarbeiten soll, nämlich: Anforderungsprofile für ZV-Mitglieder, Ressort-Regelung im ZV sowie Pflichtenhefte für die einzelnen Ressorts. Die Arbeitsgruppe soll an der Sitzung der DV vom 23. Juni 2010 konstituiert und die von ihr erarbeiteten Unterlagen für die drei noch nicht umgesetzten Kapitel sollen an der ord. Ärztekammer 2011 zum Beschluss vorgelegt werden. Im 2012 sollen dann die Gesamterneuerungswahlen gemäss den Kriterien der neuen Führungsmodelle erfolgen, deren Kernpunkt darin liegt, die strategische von der operativen Ebene zu entflechten und den Zentralvorstand dadurch zu entlasten. Zu R. Osterwalder und G. Printzen äussert er sich namens der Präsidenten der drei Regionalgesellschaften, dass man sie als absolut valable Kandidaten heute trotzdem wählen kann.

C. Romann/ZV bekräftigt, dass der ZV nach gehabter Diskussion mit Peter Wiedersheim/SG beschlossen habe, dessen Anliegen in der Form, wie sie jetzt beantragt würde, umzusetzen, selbstverständlich unter Einbezug der DV. In diesem Sinne sei der vorliegende Antrag dem Zentralvorstand sehr willkommen.

Der *Präsident* bringt den von VEDAG, SMSR und OMCT gemeinsam unterbreiteten *Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 6* zur Abstimmung.

Die Ärztekammer genehmigt diesen Antrag einstimmig, bei 4 Enthaltungen.

Anschliessend stellen sich die beiden anwesenden Kandidaten *R. Osterwalder/JU* und *G. Printzen/VSAO* kurz vor. Aus der Ärztekammer werden keine Fragen an sie gerichtet und auch, nachdem sie den Saal verlassen haben, werden aus dem Kreis der Delegierten keine Fragen oder Bemerkungen laut.

Der *Präsident* schreitet deshalb zur Wahl und er sucht die Delegierten, ihren Wahlzettel auszufüllen. *C. Romann/ZV* meldet sich mit einem persönlichen Statement: Unabhängig davon, dass sie die beiden Kandidaten gut findet und sie gerne zur Wahl empfiehlt, möchte sie doch an die Basisorganisationen appellieren, Anstrengungen zu unternehmen, damit die Vertretung der Frauen im Zentralvorstand verstärkt werden kann.

Der *Präsident* bittet die Stimmenzähler, die Wahlzettel einzusammeln, und unterbricht um 12.45 Uhr die Sitzung der Ärztekammer für die Mittagspause.

Die Verhandlungen werden durch den *Präsidenten* um 13.35 Uhr mit der Verkündigung der Resultate aus dem 1. Wahlgang der ZV-Ersatzwahlen wieder aufgenommen:

Eingegangene Stimmzettel: 155, davon gültig: 151, ungültig: 1, Enthaltungen: 3. Bei einem Absoluten Mehr von 78 Stimmen sind gewählt: Gert Printzen mit 123 Stimmen, Remo Osterwalder mit 116 Stimmen. Auf den Kandidaten J.-B. Ollyo entfallen 12 Stimmen.

Der *Präsident* beglückwünscht unter dem Applaus der Ärztkammer die beiden neuen ZV-Mitglieder.

Im Anschluss an die Wahl werden die beiden zurücktretenden ZV-Mitglieder Max Giger, vom *Präsidenten*, und Marie-Christine Peter von *Ernst Gähler* verabschiedet.

Max Giger wurde nur gerade 3 Jahre nach Eröffnung seiner Praxis für Innere Medizin und Gastroenterologie in Winterthur vom VEDAG als Kandidat portiert und am 12. November 1987 in den damals gerade neu auf 11 Mitglieder aufgestockten Zentralvorstand gewählt. Während der vergangenen 23 Jahre hat er unzählige Chargen innegehabt und sich mit Leib und Seele für die Ärzteschaft engagiert. Die Krönung seiner Arbeiten bestand zweifelsohne in der Vorbereitung und der Verselbständigung des Schweizerischen Institutes für medizinische Weiter- und Fortbildung/SIWF. Im Namen des ZV und der Ärzteschaft dankt der *Präsident* dem abtretenden ZV-Mitglied und SIWF-Präsidenten Max Giger für seine grosse Arbeit im Dienste und zum Nutzen der Ärzteschaft. Die Delegierten drücken ihren Dank stehend mit herzlichem und langem Applaus aus.

Der Zurücktretende bedankt sich für diese freundlichen Worte, blickt seinerseits auf einige grosse Themen in seiner Tätigkeit zurück und verabschiedet sich von den Delegierten mit den besten Wünschen, nicht ohne auch noch seinen engsten Mitarbeiterinnen

im Generalsekretariat und Christoph Hänggeli, dem SIWF-Geschäftsführer, herzlich für die grosse Unterstützung zu danken.

Marie-Christine Peter wurde 1997 als Vertreterin der SMSR in den ZV gewählt. Als ZV-Mitglied der «leisen Töne» zeichnete sie sich stets durch grosse Loyalität und Zuverlässigkeit aus. Neben E. Gähler im Ressort Tarife und Verträge tätig, widmete sie sich mit grossem Engagement den Arbeiten in der Eidgenössischen Kommission für Allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) sowie als FMH-Vertreterin in den paritätischen Tarifkommissionen PIK, PTK, PVK-UVG und war wichtige Verbindungsperson des ZV zu verschiedensten Ärztegruppierungen, insbesondere zur SMSR. E. Gähler zeigt sich froh darüber, dass das Ressort Tarife und Verträge auch in Zukunft noch auf M.-C. Peter zählen kann, und bedankt sich bei ihr mit einem herzlichen Dankeschön und den besten Wünschen. Auch ihr wird ein herzlicher Applaus von den Delegierten zuteil.

Der *Präsident* schreitet anschliessend zum nächsten Traktandum:

Bestätigung von gewählten Mitgliedern der Delegiertenversammlung

Die Liste mit den Kandidierenden liegt den Delegierten vor.

Als *Ordentlicher Delegierter des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM)* wird vorgeschlagen: *Jürg Pfisterer, Affoltern a.A.*, für den zurücktretenden Werner Bauer, Küsnacht.

Als *Ersatzdelegierte* für die *Ärztinnen Schweiz (mws)*: *Gabriele S. Merki, Untersiggenthal* für die zurücktretende Marianne Laifer, Basel, sowie für die *fmCh*: *Ralph Alexander Schmid, Bern*, zur Besetzung des bisher vakanten Sitzes.

Die Ärztkammer *bestätigt* die Vorgeschlagenen einstimmig, bei 1 Enthaltung.

Änderungen der Statuten und der Geschäftsordnung

Anpassung Statuten und Geschäftsordnung (Abgrenzung FMH-SIWF nach Verselbständigung «light»)

Der *Präsident* übergibt das Wort an *Hanspeter Kuhn/Stv. Generalsekretär*. Dieser erläutert eingangs, dass die vorgeschlagenen Regelungen bereits seit 1 Jahr im Reglement des SIWF stehen und nun in die FMH-Statuten und -Geschäftsordnung übernommen werden sollen. Er geht anschliessend die Änderungen artikelweise durch. Von *M. Giger/SIWF* liegt ein Antrag auf eine Ergänzung in Art. 29 Abs. 1 der FMH-Statuten vor: Neben dem neu vorgeschlagenen *Präsident und dem Geschäftsführer des SIWF*, sollen auch die *Vizepräsidenten* mit beratender Stimme an den Sitzungen der *ÄK* teilnehmen. Diesem Antrag wird nicht opponiert. Zu den vorgeschlagenen Änderungen wird das Wort nicht verlangt.



Frisch gewählt: die zwei neuen Mitglieder des Zentralvorstands – Dr. med. Remo Osterwalder (links) und Dr. med. Gert Printzen.



Zusammen waren sie 36 Jahre für die FMH tätig: Die Ärztekammer verabschiedet Dr. Marie-Christine Peter-Gattlen und Dr. med. Max Giger aus dem Zentralvorstand.

Hp. Kuhn präzisiert, dass es für Statutenänderungen ein $\frac{2}{3}$ Mehr braucht, für Änderungen der Geschäftsordnung genügt das einfache Mehr.

Der *Präsident* lässt zunächst über den *Antrag M. Giger/SIWF Nr. 2 zu Traktandum Nr. 8.1* abstimmen. Die Ärztekammer *stimmt* der beantragten Ergänzung in Art. 29 Abs. 1 der FMH-Statuten einstimmig mit 143 Stimmen und 1 Enthaltung zu. Das verlangte $\frac{2}{3}$ Mehr ist gegeben.

Anschliessend *genehmigt* die Ärztekammer die vom Zentralvorstand mit *Antrag Nr. 1 zu Traktandum 8.1* vorgeschlagenen Änderungen in FMH-Statuten und Geschäftsordnung ebenfalls einstimmig mit 143 Ja, ohne Gegenstimmen und Enthaltungen. Auch hier ist das verlangte $\frac{2}{3}$ Mehr erreicht.

8.2 Sitzverteilung Ärztekammer

In Erfüllung eines Auftrags der ordentlichen Ärztekammer 2009, die einen entsprechenden Antrag von Hans Kurt namens der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie genehmigt hatte, liegt der Ärztekammer an der heutigen Sitzung ein Vorschlag auf Änderung von Art. 6 der Geschäftsordnung vor. Die SGPP (und übrigens auch die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie) hatte an der Ärztekammer 2009 infolge Anerkennung von zwei neuen Fachgesellschaften im Dezember 2008 und dadurch notwendig gewordener Neuberechnung der Sitzverteilung einen Delegiertensitz verloren.

Die neu vorgeschlagene Regelung lautet in Abs. 2 von Art. 6 GO wie folgt: «Wird ein Facharzttitel neu geschaffen oder abgeschafft, wird ausserhalb des 4-Jahresturnus gemäss Abs. 1 die Sitzverteilung für die Fachgesellschaften aufgrund einer neuen Erhebung der massgeblichen Mitgliederzahlen neu festgelegt.»

Nachdem das Wort nicht verlangt wird, bittet der *Präsident*, über diesen Vorschlag abzustimmen. Der *Antrag des ZV Nr. 1 zu Traktandum Nr. 8.2* wird einstimmig mit 138 Ja, und 8 Enthaltungen *angenommen*. Für Änderungen in der Geschäftsordnung gilt das Einfache Mehr.

An dieser Stelle wird gemäss der bei Sitzungsbeginn geänderten Traktandenliste das Traktandum Nr. 11/Varia behandelt.

Varia

Unter diesem Traktandum wurden insgesamt vier Anträge eingereicht. Der *Präsident* präzisiert, dass die Ärztekammer über alles, was sie auf die Traktandenliste zu setzen wünscht, diskutieren kann, dass die Beschlusskompetenz über die Politik der FMH jedoch der Delegiertenversammlung obliegt. Die Diskussionen und Beschlüsse der Ärztekammer werden im Sinne von Resolutionen an die Delegiertenversammlung überwiesen. Diese wird sich an ihrer nächsten Sitzung vom 23. Juni 2010 mit dem Thema Managed Care befassen. Was also heute diskutiert und beschlossen wird, hat keinen eigentlichen Beschlusscharakter, sondern wird als Meinung der Ärztekammer an die Delegiertenversammlung gespiegelt, die dann kraft ihrer Kompetenz Beschlüsse fassen kann.

Nach dieser Einleitung erteilt der *Präsident* das Wort *Pierre Vallon/SGPP* zum *Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 11*. Der Antragsteller möchte «die FMH verpflichten, sich bei Bundesrat und Parlament für eine Regelung einzusetzen, die unabhängig vom Versicherungssystem (Managed Care oder traditionelles Modell) den Zugang zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung erleichtert». Er stützt sich dabei auf eine in diesem Sinne von der DV im November

2009 verabschiedete Resolution und befürchtet nun, angesichts der Bestrebungen der Gesundheitskommissionen von National- und Ständerat, im KVG ein duales Versicherungssystem mit Förderung von Managed Care und einer Budgetmitverantwortung für Ärzte einzuführen, Letztere könnten sich deswegen zu einer Rationierung der Behandlung gezwungen sehen. Dies würde die Gefahr erhöhen, als erstes Abstriche bei den psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen zu machen. Zwar werde den Versicherten die (Pseudo-)Freiheit belassen, im klassischen Modell zu bleiben, jedoch würden die finanziellen Anreize so ausgestaltet, dass sich faktisch weniger begüterte Patienten, wozu viele psychiatrische Patienten gehörten, gezwungen sähen, einem Managed Care Modell beizutreten. Eine Lösung könnte sein, in Managed Care Modellen auf den Selbstbehalt und die Mindestfranchise zu verzichten. Der Beibehalt von 10% Selbstbehalt für die traditionellen Versicherungsmodelle würde dem Status quo entsprechen, womit gesetzgeberische Ausnahmebestimmungen für Psychiater, Gynäkologen, Ophthalmologen und andere vermieden würden, gleichzeitig dem psychiatrischen Patienten aber den Zugang zu Behandlungen ermöglichten, die ihn nicht zusätzlich stigmatisieren.

Es entspinnt sich eine angeregte Diskussion zu diesem Antrag. *H.-A. Vogel/AI-AR* möchte beliebt machen, die Psychiater als Grundversorger zu akzeptieren, worauf *P. Vallon/SGPP* antwortet, bei einem solchen Ansinnen werde dann gleich die Frage gestellt, wie die Psychiater den Notfalldienst machten. *Hans-Jakob Riedtmann/ZH* unterstützt die Anliegen des Antragstellers, weist aber darauf hin, dass es hier nicht um ein Psychiater-, sondern um ein Spezialistenproblem geht. Für Bagatellfälle haben alle Ärzte den gleichen Tarif, es gibt also keinen Spareffekt, wenn der Patient mit einem kaputten Knie direkt zum Chirurgen, statt zuerst zu seinem Hausarzt geht. Für komplexe Fälle kommt der Patient über kurz oder lang ohnehin zum Spezialisten. Die Managed Care-Vorlage versucht seines Erachtens einen Keil zwischen Grundversorger und Spezialisten zu treiben, ist keine Sparvorlage und will einmal mehr die Kosten auf das private Haushaltsbudget verlagern. Er stellt sich deshalb klar hinter den Lösungsansatz des Antragstellers.

Ch. Bosshard/VSAO sieht in der Budgetmitverantwortung grosse Probleme auch für die Arzt-/Patientenbeziehung, nämlich dann, wenn sich der Patient die Frage stellt, ob ihm der behandelnde Arzt eine Behandlung nur aus Kostengründen nicht empfiehlt oder ob dies medizinisch indiziert ist.

Georg Angele/ZH unterstützt zwar Anliegen der Psychiater für einen niederschweligen Zugang für psychiatrisch kranke Patienten. Das Hausärztnetzwerk, in welchem er seit 14 Jahren tätig ist, hat 1996 die Psychiater eingebunden und mit ihnen einen Konzeptvorschlag für das ambulante Gatekeeping entworfen. Es ist also durchaus möglich, die integrierte Versorgung zum Vorteil von Patient und System zusam-

men mit den Psychiatern zu regeln. Den Vorschlag gibt es, er wurde von den Hausärzten, den Kassen und den Psychiatern ausgearbeitet. Die Psychiater stehen heute noch dahinter, nur liessen es leider damals die Reglemente der Kassen nicht zu, das Vorhaben in die Tat umzusetzen.

Jörg Fritschi/medswiss.net bemerkt an die Adresse aller Spezialisten, bei Managed Care gehe es nicht darum, die Spezialisten auszustechen, sondern mit kluger ambulanter Behandlung in Zusammenarbeit mit den Spezialisten teurere Hospitalisationen zu vermeiden. *P. Vallon/SGPP* erwidert, dass in kleineren Städten wie beispielsweise Yverdon oder Orbe das natürlich gewachsene Netz bestens funktioniere. Er habe tagtäglich sehr gute Kontakte zu somatischen Ärzten, die ihm Patienten zuwiesen, und er sei auch überzeugt, dass sie das auch tun würden, wenn er keinem Netzwerk für integrierte Versorgung angehören würde. Das Problem sei wesentlich akuter in grossen Agglomerationen, wo man den Eindruck habe, die Form dieser natürlich gewachsenen Netze sei verlorengegangen. Das Verlorengegangene sei nicht mit einem aufgezwungenen Netzwerk zu ersetzen. Er befürchtet auch, dass die Politiker jetzt wie hypnotisiert auf Managed Care blickten als einzige Lösung für die steigenden Gesundheitskosten. Managed Care stelle einen Gewinn bezüglich Qualität und Kommunikation und Vermeidung unnötiger Behandlungen dar, bringe aber nichts auf finanzieller Seite.

J. de Haller unterstreicht die Wichtigkeit, das Managed Care Modell in erster Linie als Massnahme hin zu mehr Qualität und erst danach als ökonomische Massnahme zu positionieren. Zweifelsohne kostet Managed Care weniger, aber die oberste Zielsetzung bleibt die Koordination der Behandlungen. Er führt weiter aus, dass man jetzt sowohl über Probleme der Psychiatrie wie auch über das gesamte, sehr weitläufige Thema Managed Care diskutiere, zu welchem die Ärztekammer vor 3,5 Jahren mit ihren Thesen Stellung bezogen habe. Diese Thesen seien auch für die Erarbeitung des heutigen Gesetzesentwurfes wichtig gewesen. Heute gehe es um die Art der Ausgestaltung von Managed Care. Die Gesetzesvorlage komme jetzt ins Parlament und es stelle sich die Frage, ob man an den seinerzeitigen Thesen etwas ändern wolle. Die Psychiater haben einen Antrag gestellt, die Ophthalmologen werden gleich auch mit einem Antrag folgen – alle wollen plötzlich Grundversorger sein. Was hat das für eine politische Bedeutung? Es wird kaum möglich sein zu sagen, man sei für Managed Care unter der Bedingung, dass alle Zugang zu allem haben sollen. Denn das hat nichts mehr mit Managed Care zu tun. Mit diesen schwierigen politischen Fragen wird sich die DV im Juni befassen müssen. Die FMH wird ihre Position präzisieren müssen. Mit ihren Thesen stand sie vor 3,5 Jahren dem Thema Managed Care positiv gegenüber, hat sich engagiert und Resultate erzielt, die alles andere als schlecht sind. Nun aber muss sie ihre Position angesichts der bevorstehenden Par-

lamentsdebatten verfeinern. A propos Parlament hat *Ignazio Cassis/Vizepräsident* einige Informationen für die Ärztekammer. Der *Präsident* übergibt ihm das Wort.

I. Cassis hält zu Beginn fest, dass die Position der Psychiater von der FMH bereits aufgenommen und jedem Parlamentarier für die Debatte in der Frühjahrs-session schriftlich zugestellt wurde.

Er kommt dann auf die Frage in der vorangehenden Diskussion zurück, ob man in der Grundversicherung ein teureres und ein billigeres System einführen soll. Eine politische Mehrheit – genauer: die Linke und die Rechte – war der Meinung, Managed Care sei für die soziale Grundversorgung der einzig gangbare Weg. Der Status quo war für das Parlament angesichts der stetigen Kostensteigerung im Gesundheitswesen nicht weiter akzeptabel. Es musste etwas geändert werden. Erste Überlegung: In der sozialen Grundversorgung, was ja Sozialmedizin bedeutet, kann es keine freie Arztwahl geben. In keiner sozialen Versicherung haben die Versicherten die absolute freie Wahl – bis anhin war das in unserem Gesundheitswesen eine Ausnahme. Zweite Überlegung: Zukunftsmedizin wird zunehmend kompliziert und zunehmend interdisziplinär. Die Patienten sind in ihren Patientenwegen zunehmend verloren, weshalb es auf Patientenstufe eine Steuerung und Koordination braucht. Eine solche ist in den integrierten Versorgungsnetzen am besten gewährleistet. Während auf dem Land noch viele Hausärzte diese Koordination machen, geht sie in den städtischen Agglomerationen mehr und mehr verloren und der Patient ist sehr häufig sich selber überlassen. Die zum Teil über 20-jährigen Erfahrungen von ärztlichen Netzwerken zeigen, dass die Patienten in diesen Systemen besser aufgehoben sind, dass sie von einer höheren Qualität profitieren, dass weniger unnötige Dinge gemacht werden. Dies hat die Politik überzeugt. Eine obligatorische Managed Care Grundversicherung für alle erachtete das Parlament aber für chancenlos. Die Schweizer Bevölkerung soll wählen können. Will jemand mehr, soll er auch dafür bezahlen. Auch die Ärzte sollen übrigens frei wählen können. Nur die Versicherer werden verpflichtet, mindestens ein integriertes Versorgungsmodell anzubieten. Keine Lösung ist im Moment in Sicht für den Fall, dass in einem Kanton kein integriertes Versorgungsmodell existiert, weil z. B. die Ärzte nicht wollen, die Versicherer aber dazu verpflichtet werden. Die Hoffnung ist, dass durch die finanziellen Anreize der Anteil von heute 25 % Versicherten in integrierten Versorgungsmodellen auf 50–75 % steigt und diese Versorgungsform flächendeckend angeboten wird. Eine weitere Hoffnung besteht darin, dass wenn die Kosten dadurch nicht gesenkt, so doch wenigstens die Kostensteigerung gebremst werden kann.

Zur Frage, wer denn, ob Psychiater, Gynäkologen, Ophthalmologen usw. Zugang zu Managed Care Netzwerken haben sollen: Im Gesetz steht nichts darüber. Die politische Diskussion war diesbezüglich allerdings etwas konfus, weil zwei Gesetzesänderungen parallel erfolgten, einerseits Managed Care, andererseits die

dringlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung, spricht: Praxisgebühr. Im Projekt dringliche Massnahmen war effektiv die Rede von differenzierten Kostenbeteiligungen je nach Qualifikation des Arztes: Grundversorger 10%, alle anderen 20%. Diese Diskussion ist inzwischen komplett vom Tisch. Heute diskutieren wir über Managed Care, die Formulierung in der Gesetzesvorlage hat nichts mit Grundversorgern oder Fachärzten zu tun.

In Art. 41c, Abs. 1 wird lediglich definiert, was ein integriertes Versorgungsnetz ist, nämlich: «Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliesst, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Behandlungsprozess der versicherten Person über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Das integrierte Versorgungsnetz muss alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten.» Es steht kein Wort darüber, wer diese Leistungserbringer sein müssen. Jedes Netz entscheidet selbst, welche Ärzte daran teilnehmen.

Abs. 2 von Artikel 41c hält fest: «Die Versicherer schliessen mit dem integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag ab, der insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen regelt.» Und: «Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Artikel 34 Abs. 1 über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen vorgesehen werden.»

Datenaustausch, Qualität und Vergütung sind also die Eckwerte, die zwischen dem Netz und den Versicherern verhandelt werden müssen. Und der Leistungskatalog darf über das, was heute im Rahmen des KVG bezahlt wird, hinausgehen.

Abs. 3 von Art. 41c verlangt: «Das integrierte Versorgungsnetz wählt für seine Organisation eine Rechtsform, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.» Das Netz kann also eine AG, eine GmbH, eine Stiftung oder ein Verein sein.

In Abs. 4 von Art. 41c ist dann die Rede von der Budgetmitverantwortung: «Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der betreuten Versicherten (Budgetmitverantwortung).» Versicherer und Ärzte definieren zusammen, welche Budgetziele sie erreichen wollen, und kontrollieren am Ende des Jahres, wie die Ziele erreicht wurden. Nicht mehr und nicht weniger.

In Abs. 5 von Art. 41c ist die subsidiäre Rolle des Staates festgehalten: «Der Bundesrat kann Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.» Versorgungsorganisationen und Krankenversicherer haben einen grossen Freiraum. Wenn aber nach einer gewissen Zeitspanne bezüglich Qualität oder Budgetmitverantwortung keine Lösung gefunden wird, wenn es zu Problemen kommt, kann der Bundesrat eingreifen. Bundesrat Burkhalter hat klar

gesagt, dass es überhaupt nicht primär im Sinne des Bundesrates ist, hier Normen zu erlassen.

So sieht die heutige Gesetzesvorlage für Managed Care aus, über die das Parlament entscheiden wird. *I. Cassis* unterstreicht, was der Präsident bereits gesagt hat und was auch im Parlament so diskutiert wurde: Das Ziel von Managed Care ist in erster Linie ein Gewinn an Qualität und Koordination, und nicht primär eine Kostenfrage. Er versteht deshalb nicht, dass es Befürchtungen gibt, die weniger Begüterten würden sich keine gute Medizin mehr leisten können, was ja heissen würde, gute Medizin gebe es nur noch ausserhalb der Netzwerke. Genau das Gegenteil wird mit Managed Care angestrebt. In diesem Bereich gibt es noch viel zu informieren und zu diskutieren, um Missverständnisse aus dem Weg zu schaffen. Zur Beantwortung einer Frage von *P. Vallon/SGPP* zeigt *I. Cassis* eine Übersicht über die drei Versicherungsformen für die ambulante Versorgung, die es geben wird, wenn das Gesetz, wie im Entwurf vorliegend, angenommen wird. Es sind dies die «integrierten Versorgungsnetze (Art. 41c)», die «alternativen Versicherungsformen (Art. 41b, Abs. 2)» und die «heutige Grundversicherung». Der Höchstbetrag für den Selbstbehalt (*P. Vallon* spricht in seinem Antrag von 700 Franken und 1400 Franken) wird im Gesetz mit keinen Zahlen festgelegt. Es wird einzig festgehalten, dass der Höchstbetrag des Selbstbehaltes in den integrierten Netzen die Hälfte des Selbstbehaltes für andere Versicherungsformen betragen müsse. Das Gesetz überträgt die Kompetenz zur Festlegung dieses Höchstbetrages dem Bundesrat. Das Gleiche gilt für die Prämienreduktion für Versicherte in integrierten Versorgungsnetzen. Auch hier bestimmt der Bundesrat die Höhe. Selbstverständlich kann man den Selbstbehalt oder gar die Franchise für MC-Netze ganz weglassen, allerdings mit der Folge, dass dann die Prämien ansteigen müssen, damit die Kosten gedeckt werden können. Würde man das Verhältnis des Selbstbehaltes von 10% zu 20% auf 5% zu 10% ändern, hätte das eine Prämienerrhöhung von 3% für sämtliche Prämien in der Schweiz zur Folge. Irgendeinen Gradienten, wie immer er auch ausfallen wird, muss es geben als Anreiz, damit Patienten in integrierte Netze wechseln. Abschliessend erinnert *I. Cassis* daran, dass dieses Gesetz jetzt erst in der ersten Lesung ins Parlament kommt. Nach der Abstimmung am 16. Juni 2010 im Nationalrat geht die Vorlage in den Ständerat. Dann wird sich zeigen, was der Ständerat an der Vorlage ändert. Für die FMH bleibt immer noch die Möglichkeit, Einfluss auf die Gesundheitskommission des Ständerats zu nehmen. Die Diskussion dauert sicher noch eine gewisse Zeit. Die Chance, dass Ende 2010 ein fertiges Gesetz vorliegt, das am 1.1.2012 in Kraft treten kann, ist angesichts der aktuellen Debatte auf praktisch null gesunken.

M. Müller/KHM möchte daran erinnern, dass die Ärztekammer die Unterstützung von Managed Care deshalb beschlossen hat, weil sie darin die grösste Chance sah, von den ewigen Diskussionen um die

Aufhebung des Kontrahierungszwanges wegzukommen. Es gab im Gesundheitswesen noch nie ein Gesetz, auf welches die Ärzteschaft so viel Einfluss nehmen konnte wie auf diese Managed Care-Vorlage wie sie jetzt vorliegt. Wenn die Ärzteschaft – sei es aus Gründen der Opposition gegen einzelne Punkte oder aus schierem Streben nach Perfektion – diese Vorlage zum Scheitern bringt, weil bei den Politikern Unsicherheit gesät wird, riskiert sie sehr viel, nämlich einen Grossteil ihrer politischen Glaubwürdigkeit, und sie kann sich dann aus vielen Bereichen des politischen Diskurses für lange Zeit verabschieden.

Markus Guzek/VSAO möchte den Blick wieder zurück auf die Frage der Psychiatrie lenken und weist auf das Problem der billigen Konkurrenz seitens der Psychologen bezüglich Psychotherapie hin. Die Gefahr, innerhalb der Netzwerke auf diese Dumping-Alternative umzusteigen, ist gross. In seinen Augen stellt diese Vorlage, wie technisch ausgereift sie auch ist, den Beginn des Endes der ärztlichen Psychotherapie dar.

J. de Haller bekräftigt noch einmal, dass der jetzt vorliegende Gesetzesentwurf ausserordentlich ausgewogen sei. Man müsse aufpassen, jetzt nicht plötzlich eines der Standbeine wegzuschlagen und das Ganze damit zum Kippen zu bringen.

Der Präsident gibt anschliessend das Wort an *Peter M. Leuenberger/Ophthalmologie* für seinen Antrag Nr. 2 zu Traktandum Nr. 11. Der Antrag verlangt von der FMH, sich dafür einzusetzen, «dass der Zugang zu augenärztlichen Behandlungen grundsätzlich und unter



Die Ärztekammer genehmigt den Jahresbericht der FMH ohne Gegenstimme. Er erschien 2010 erstmals als Online-Ausgabe und ist auf www.fmh.ch → FMH → Geschäftsberichte abrufbar.

allen Versicherungsmodellen von keiner höheren Franchise und keinem höheren Selbstbehalt abhängig gemacht wird».

Michel Matter/GE stellt zunächst den Antrag Nr. 3 zu Traktandum Nr. 11 vor, mit welchem verlangt wird, «dass sich die FMH gegen jede Erhöhung des Selbstbehaltes einsetzt, damit chronischranke und gesundheitlich angeschlagene Patienten, die sich gegen den Beitritt zu einem Modell mit integrierter Versorgung entscheiden, nicht benachteiligt werden».

Der zweite Antrag der Genfer Ärztesgesellschaft, Nr. 4 zu Traktandum Nr. 11 will, «dass sich die FMH in Bezug auf den Zugang zur medizinischen Versorgung weiterhin für Diversität einsetzt und entsprechend ihren Grundsätzen für die therapeutische Freiheit eintritt. Sie soll sich gegen ein System stellen, das nur eine integrierte Versorgung mit Kopfpauschalen und/oder Budgetmitverantwortung vorsieht».

Die anschliessende Diskussion bringt, mit Ausnahme des Votums von Roland Oppliger/SGAI, welcher das Thema Risikoausgleich anspricht, keine grundlegend neuen Aspekte. Es zeigt sich auch hier wieder, wie unterschiedlich gewisse Punkte der Gesetzesvorlage interpretiert und verstanden, teilweise auch missverstanden werden.

I. Cassis/Vizepräsident antwortet zum Risikoausgleich, dass dieser in der Vorlage enthalten ist. Im Dezember 2007 hatte das Parlament eine Verbesserung des Risikoausgleichs beschlossen. Das Kriterium war: Spitalaufenthalt von mindestens 3 Tagen im Vorjahr (Teil des Paketes Spitalfinanzierung). Diese Bestimmung wird erst am 1. 1. 2012 in Kraft gesetzt. Er selbst habe im Februar dieses Jahres in der Kommission einen Vorschlag für eine weitere, neue Verbesserung des Risikoausgleichs eingebracht, basierend auf einem Morbiditätsfaktor, und insistiert, dass die Frage: «Welcher Morbiditätsfaktor?» nicht im Parlament diskutiert werde, um eine politische Instrumentalisierung zu verhindern. Der Vorschlag sei mit grosser Mehrheit angenommen worden, und er sei sehr zuversichtlich, dass er am 16. Juni im Plenum durchkomme. Mit diesen beiden Verbesserungen des Risikoausgleichs ist das System deutlich verbessert worden.

Der Präsident bittet schliesslich noch H. Chaudhry, den Antrag des VSAO Nr. 5 zu Traktandum 11 zu präsentieren. Der VSAO verlangt von der FMH, sich nachhaltig dafür einzusetzen, dass die Versicherer verpflichtet werden, mit allen integrierten Versorgungsnetzen gemäss Art. 41c einen Vertrag abzuschliessen.

E. Gähler/Vizepräsident stellt sich vehement gegen dieses Ansinnen, das seines Erachtens den Netzwerken jegliche Innovation nehmen würde. Persönlich seit vielen Jahren in einem Netzwerk tätig, möchte er nie und nimmer mit jedem Versicherer einen Vertrag abschliessen müssen.

Weiter befürchtet der VSAO, mit den integrierten Netzwerken, werde eine zusätzliche Hürde aufgebaut, welche die jungen Ärztinnen und Ärzte davon abhalte, in die freie Praxis zu gehen. Dem widerspricht Jörg Fritschi/medwiss.net deutlich. Die Pionierzeit für Ärzte-

netze sei vorbei. Die jungen Ärztinnen und Ärzte seien, im Gegensatz zu den Befürchtungen des VSAO, auch in den bereits im Markt etablierten Netzen herzlich willkommen, denn es fehle der Nachwuchs. Die jungen Praktiker könnten sich mit einem Anschluss an ein bestehendes Ärztenetz in ein gemachtes Nest setzen und müssten das Rad nicht neu erfinden. Es gebe professionell geführte Betriebsgesellschaften, denen man sich anschliessen könne und dann z. B. Verträge mit Versicherern nicht neu aufgleisen müsse.

Der Präsident schliesst die Diskussion und schreitet zur Abstimmung über die diversen Anträge. Er präzisiert noch einmal, dass die entsprechenden Beschlüsse im Sinne von Resolutionen an die Delegiertenversammlung weitergeleitet werden.

Antrag P. Vallon/SGPP Nr. 1 zu Traktandum Nr. 11 wird von der Ärztekammer mit 45 Ja, 69 Nein und 15 Enthaltungen abgelehnt.

Antrag P. Leuenberger/SOG Nr. 2 zu Traktandum Nr. 11 wird von der Ärztekammer mit 29 Ja, 89 Nein und 12 Enthaltungen abgelehnt.

Antrag M. Matter/GE Nr. 3 zu Traktandum Nr. 11 wird von der Ärztekammer mit 71 Ja, 43 Gegenstimmen und 11 Enthaltungen angenommen.

Antrag M. Matter/GE Nr. 4 zu Traktandum Nr. 11 wird von der Ärztekammer ebenfalls angenommen, mit 97 Ja, 16 Gegenstimmen und 16 Enthaltungen.

Schliesslich wird der Antrag H. Chaudhry/VSAO Nr. 5 zu Traktandum Nr. 11 von der Ärztekammer mit 50 Ja, 79 Nein und 11 Enthaltungen abgelehnt.

Der Präsident, der sich dafür entschuldigt, weil ihm dies unter dem Traktandum ZV-Wahlen entfallen sei, erteilt das Wort an dieser Stelle an Ch. Ramstein/VEDAG, der namens des VEDAG ebenfalls herzliche Worte des Dankes, verbunden mit guten Wünschen, an den heute zurückgetretenen Max Giger/SIWF richtet.

Schlussbericht HPC

Der Präsident erteilt das Wort Monique Gauthey, die als Ressortleiterin eHealth dieses gigantische Projekt zu Ende geführt hat.

M. Gauthey/ZV streift in ihrer Präsentation die wichtigsten Punkte und Meilensteine im Projekt Health Professional Card (HPC). Eine Kurzfassung des Abschlussberichtes liegt den Delegierten vor. Zu Beginn des Projektes standen die Zielsetzungen, im Bereich Ärzteausweise und Identifikation der Ärzteschaft die Führung zu behalten und zu festigen, die nationale eHealth-Strategie mit zu gestalten und eine hohe Qualität sicherzustellen.

Bereits im Dezember 2005 beschloss die Ärztekammer, ein Projekt für eine Health Professional Card zu lancieren. 2006 wurde ein Konzept für eine multifunktionale Karte ausgearbeitet, die, unabhängig von der Versichertenkarte, aber mit ihr interoperabel, als Zugangsschlüssel für diverse Applikationen dienen soll. Im Dezember 2006 genehmigte die Ärztekammer das Projekt mit einem Budget von 2,6 Mio. Franken über

3 Jahre für die erste Projektphase, welche die Herstellung einer HPC mit elektronischem Chip, einfachem elektronischen Zertifikat und Foto beinhaltet. Im August 2007 erhalten die Swisscom IT-Services den Auftrag, das Projekt zusammen mit der FMH umzusetzen. Ein Vorprojekt und die Ausarbeitung eines Detailkonzeptes folgen. 2009 übergeben Swisscom IT-Services das Projekt an Swisscom Solutions AG, diese reicht es später an Swisscom Participations weiter. Während der ganzen Dauer des Projektes finden politische Diskussionen auf allen Ebenen statt, an welchen die FMH vielleicht nur deshalb teilnehmen konnte, weil sie mit ihrem Projekt bereits präsent war. Im April wurde das Konzept «Fast Forward» gestartet, um das Projekt zeitgerecht bis zum 31. Dezember 2009 abschliessen zu können. Ende Oktober 2009 konnte die Massenproduktion gestartet werden, bis Ende März 2010 wurden knapp 11 000 HPCs ausgeliefert. Das Ziel der Interoperabilität zur Versichertenkarte wurde erreicht, entsprechende Zertifikate können auf die HPC nachgeladen werden. Die Verwendung des Schweizer Kreuzes auf der HPC wurde durch die zuständigen Bundesstellen bewilligt. Die HPC ist Bestandteil der Umsetzung der nationalen eHealth-Strategie, die Abstimmung mit andern medizinischen Berufsgruppen ist erfolgt: die HPC basiert klar auf den beruflichen Qualifikationen. Die internationalen und nationalen Standards wurden eingehalten, die HPC ist kompatibel zum Europäischen Projekt HProCard. Integrationen in Applikationen wie myFMH, H-Net, privasphere usw. und selbstverständlich auch HIN, sind in Umsetzung begriffen. Das Gesamtbudget von 2,6 Mio. Franken wurde um weniger als 5% überschritten, was insbesondere auf Verzögerungen, die technische Komplexität des Projektes, politische Komplikationen und die Versichertenkarte zurückzuführen ist. Daneben konnte aber auch ein Mehrwert für die HPC generiert werden. Mehr als ein Viertel der Ausgaben wurden für interne Ressourcen ausgegeben. Wie sieht die Bilanz aus: Das Projekt konnte gemäss Auftrag der Ärztekammer erfolgreich abgeschlossen werden. In der Ärzteschaft ist ein wachsendes Interesse festzustellen, mehr als ein Drittel der FMH-Mitglieder ist bereits im Besitz ihrer HPC, Anfragen von Nichtmitgliedern nehmen zu. Auch bei den Applikationsentwicklern ist ein steigendes Interesse auszumachen. Pharmasuisse hat beschlossen, die gleiche HPC zu realisieren. Im Projekt SwissID besteht das Interesse, die HPC zu einer SwissID zu machen. Wie geht es weiter? Nächste Schritte bestehen darin, die Integration in Applikationen voranzutreiben, geplant sind Erweiterungen mit Mitarbeiter- und Institutionenkarten, dem qualifizierten Zertifikat und Lösungen für Spitäler. Ein Problem besteht nach wie vor bei der Versichertenkarte: Es gibt zwei verschiedene Arten von Versichertenkarten. Das BAG will sich nun an der Lösungssuche beteiligen. Abschliessend kann gesagt werden, dass das Projekt FMH-HPC erfolgreich war, wir haben das Feld besetzt und für die Zukunft neue Felder eröffnet.

V. Liguori/TI spricht die Probleme der Kompatibilität zwischen FMH-HPC und Versichertenkarte der SASIS (santésuisse-eigene Firma) an, welche für die Mehrheit der Krankenversicherer die Karte herausgibt. Im Schlussbericht sei die Rede von zusätzlichen Kosten, die nötig würden, um die Kompatibilität herzustellen. Er möchte wissen, wer für diese Kosten aufkommen soll.

M. Gauthey gibt die Frage an Judith Wagner/Leiterin eHealth weiter. J. Wagner verweist darauf, dass die SASIS AG, die der santésuisse gehört, wissentlich von den BAG-Standards für Versichertenkarten abgewichen ist. Es existieren technische Lösungen für dieses Problem. Wer schliesslich dafür zu bezahlen hat, ist Teil der laufenden Verhandlungen, an welchen sich jetzt auch das BAG beteiligt. Klar ist, dass wir hier nach wie vor stark Druck machen.

Heinrich Maillard/UR erkundigt sich nach dem CardAPI für Mac, das immer noch nicht zur Verfügung steht. Der Präsident, als Mac-User selber davon betroffen, versichert, dass man den Druck auf Swisscom diesbezüglich aufrechterhält.

Nachdem das Wort nicht weiter verlangt wird, bittet der Präsident die Ärztekammer über den Schlussbericht der HPC abzustimmen. Die Ärztekammer genehmigt den Schlussbericht HPC mit grosser Mehrheit, 7 Gegenstimmen und 12 Enthaltungen.

Informationen aus den Ressorts mündliche Information

Informationen aus dem Ressort Gesundheitsförderung und Prävention

C. Romann greift für ihre Information einen Schwerpunkt heraus: die Invalidenversicherung

Das Invalidenversicherungsgesetz ist seit 1960 in Kraft und weist eine recht hohe Kadenz an Revisionen auf. Im September 2009 hat die Schweizer Bevölkerung relativ knapp einer auf sieben Jahre begrenzten Erhöhung der Mehrwertsteuer von 7,6 auf 8 Prozent zugestimmt, um die IV von ihrem Schuldenberg zu befreien und sie, mit der Schaffung eines eigenen Ausgleichsfonds, von der AHV abzukoppeln. Im Moment läuft die 6. IV-Revision. Die FMH sagt in ihrer Stellungnahme Ja zur Revision der laufenden Renten mit Augenmass, Ja zur Möglichkeit, Hilfsmittel durch Ausschreibung zentral einzukaufen und Ja zum Assistenzbeitrag. Sie lehnt folgendes ab: eine Ausdehnung eines überzogenen Zumutbarkeitsbegriffs auf Rentenrevisionen, die Beschränkung des Assistenzbeitrages auf Versicherte im Erwachsenenalter und die Beschränkung der Anstellungsmöglichkeit auf familienexterne Betreuende, sowie die Stigmatisierung der ganzen Patientengruppe mit somatoformen Störungen. Im Oktober 2008 fand das 1. IV-Soundingboard statt. Daran nahmen Regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV), Arbeitgeber, Behindertenverbände und, als einzige Vertreterin der Ärzteschaft, die Rednerin, teil. Es ging damals eigentlich um die Evaluation der 5. IV-Revision. Letztere

hatte gewisse Erwartungen erfüllt, andere, insbesondere die Frühintegration, nicht: Statt der erwarteten 5000 Frühintegrationen waren es gerade mal 150 Menschen, die wieder eingegliedert wurden. In die gleiche Zeit fiel die Publikation einer sehr interessanten Dossieranalyse der Invalidisierung aus psychischen Gründen (Forschungsprojekt der IV). Es zeigt sich klar, dass der grösste Teil der Berenteten nach Code 646 (psychische Gründe) ein nachvollziehbares Muster von meist markanten biografischen und psychosozialen Belastungen sowie unterschiedliche Verfahrenskonstellationen zeigt. Es gibt also keine «Scheininvaliden». Weiter wird festgehalten, dass die (behandelnden) Ärzte ihre zentrale Rolle beibehalten sollen, und es wird vor allzu grossen Erwartungen gewarnt, denn nur ein Drittel der Massnahmeempfänger war bei Dossierabschluss zumindest teilerwerbsfähig.

Im November 2009 sollte ein 2. IV-Soundingboard stattfinden, das jedoch später abgesagt wurde. Trotzdem haben die FMH-Vertreter (G. Ebner, Ph. Luchsinger und C. Romann) das Gespräch mit der IV gesucht, in der Meinung, dass es zwischen Ärzteschaft und IV Diskussionsbedarf gibt. In einem konstruktiven Gespräch konnten die FMH-Vertreter auf gewisse Mängel in der Zusammenarbeit hinweisen. Es zeigte sich auch, dass bezüglich Erwartungen der IV an die Ärzteschaft, recht grosse Missverständnisse bestehen. Diskutiert wurde weiter, ob allenfalls ein Pilotversuch für die Patientengruppe mit somatoformen Schmerzstörungen sinnvoll sein könnte. Die FMH-Vertreter wurden zudem über die im Rahmen eines zweiten mehrjährigen Forschungsprogramms zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes laufenden Forschungsprojekte und Projektideen informiert.

P.Vallon/SGPP erwähnt zunächst, dass sich die FMPP zusammen mit dem BSV an der Erarbeitung von Qualitätskriterien für psychiatrische Gutachten im Rahmen der IV beteiligt, deren Abschluss nächstes Jahr zu erwarten ist. Beim Thema Reintegration von psychisch Kranken vermutet er, dass dabei die Frage der Lohnausfallversicherung vergessen wurde. Da diese dem VVG untersteht, gibt es für eine Versicherung keine Verpflichtung, Personen aufzunehmen, die eine zum Teil mehrjährige Arbeitsunfähigkeit mit sich bringen. Es besteht also die Gefahr, dass der Bund sich genötigt sehen könnte, für Personen, die von der IV reintegriert werden, eine spezifische Lohnausfallversicherung zu schaffen.

Informationen aus dem Ressort

Tarife und Verträge

E. Gähler berichtet zu Beginn über den Stand der *Revision Tarifstruktur TARMED*. Lange kam man hier nicht voran, ein kleiner Teilerfolg konnte mit der Besuchs-Inkonvenienzpauschale, die bis 31. 12. 2010 verlängert wurde, erreicht werden. Die FMH hat sich klar dafür ausgesprochen, dass man in einer Phase 1 die Revision von 20 Fachgesellschaften bzw. deren 10 kostenintensivsten Positionen an die Hand nimmt. Dann

müssen die Kostenmodelle (INFRA für die Spitäler, Ko-Reg für die Praxen) angepasst werden, und zwar nach Mieten und Löhnen. Ein wichtiger Teil ist die Besserstellung der Grundversorger, welche nur über ein eigenes Kapitel für Grundversorger gelöst werden kann. Dafür bräuchte es eine einmalige Kostensteigerung etwa im Rahmen einer Jahresteuierung von 4%, denn mit den möglicherweise frei werdenden Volumina aus der Tarifrevision können die Grundversorger niemals bessergestellt werden. *Santésuisse* will unbedingt eine Vereinbarung zur Kostensteuerung, die durchzuführen wir zwar bereit sind, aber nur zu den von uns geforderten Bedingungen. Am Spitzengespräch *santésuisse/FMH* vom 21. April 2010, an welchem auch die Herren Regius/Swica, Fischer/Visana und Grichting/Groupe Mutuel teilnahmen, wurden die Vorgaben der FMH akzeptiert. Es wird keine Kapitelrevision geben, und *santésuisse* hat die Idee entworfen, die «Kostenneutralität» solle nicht nur auf der Ärzteseite, sondern im ganzen ambulanten Bereich zur Geltung kommen. In ZV und DV wurde beschlossen, die Revision der 200 wichtigsten Positionen unabhängig von *santésuisse* nun in Angriff zu nehmen und zu prüfen, ob man sie gemeinsam mit H+ durchführen könnte. Erste Gespräche mit H+ haben stattgefunden. Gearbeitet werden soll auf einer politischen und technischen Ebene, Dachverbände und Fachgesellschaften werden selbstverständlich miteinbezogen.

Zum *Monitoring Analysenliste*: Das BAG hat unsere Offerte abgelehnt, jedoch für die ganze Dauer des Monitorings einen kleinen, ungenügenden Beitrag für den Mehraufwand angeboten. Das BAG will eine Minimal- und Billiglösung, bei welcher sich dann die Frage nach der Qualität stellt. Die FMH hat klar festgehalten, dass sie sich nicht hinter das Monitoring von INFRAS und BAG stellt und ihre Kräfte und Intentionen auf das erweiterte eigene Monitoring konzentrieren will. Mit Daten von Ärztekasse, NewIndex, den Qualitätskontrollzentren, Auftragslabors und verschiedenen Spitälern, die bis 2004 zurückverfolgt werden können, wird die ganze Analysenkette abgedeckt. *Santésuisse* hat kürzlich in den Medien verbreitet, der Spareffekt sei nicht eingetreten, die Ärzteschaft würde Mengenausweitung betreiben und ihre Indikationen für Laborverordnungen nicht nach Indikationen, Symptomen oder Krankheitsbildern, sondern tarifbezogen machen. Wir können klar aufzeigen, dass das nicht so ist. *Santésuisse* hingegen kann keine Zahlen zeigen, einfach weil sie keine Zahlen haben. *E. Gähler* zeigt auf Diagrammen, dass die vorausgesagten ca. 30% Laborumsatzverminderung bei den Grundversorgern nach der Revision tatsächlich eingetroffen sind. Kleinere Spezialitäten legen aufgrund der Tarifmechanik zu. Auch die Anzahl Sitzungen habe seit der Revision weder zu- noch abgenommen, was zeigt, dass sicher keine Mengenausweitung stattgefunden hat.

Wie geht es weiter: Die Datensammlung ist im Gange, dann will man die sachgerechte Berechnung auswerten (vom BAG stets abgelehnt) und die Folgen

monitorisieren können. Letzteres nicht nur im Laborbereich, sondern man will die Folgen, die bis in die LeiKov hineinreichen können, und andere Auswirkungen aufzeigen können. Die Resultate sollen dann gemeinsam über eine neutrale Stelle publiziert werden. Wenn das Monitoring aufgegleist ist, wird ein Bericht an die nationalrätliche Geschäftsprüfungskommission erfolgen.

Zur *Ärztlichen Medikamentenabgabe*: Aktualität hat das Thema im Zusammenhang mit der Heilmittelrevision. Eine Taskforce der FMH (VEDAG, KKA, Hausärzte Schweiz, FMH) hat die Vernehmlassung begleitet und die verschiedenen Verbände haben gleichsam als «Stimme der FMH» in ähnlicher Weise Stellung bezogen. Aus den Vernehmlassungs-Antworten weiss man, dass praktisch alle Kantone gegen eine Abschaffung der Selbstdispensation sind, auch Mischkantone und sogar Kantonsregierungen aus der Westschweiz. Bis auf CVP und SP sind alle Parteien gegen eine Abschaffung sowie auch die meisten Verbände, interessanterweise auch der Gewerbeverband. Bundesrat Burkhalter scheint im Gegensatz zu seinem Vorgänger Couchepin kein Interesse an einer Abschaffung der ärztlichen Medikamentenabgabe zu haben, sie wird deshalb wohl auch nicht in der Botschaft an das Parlament erscheinen. Wenn es aber zu Beratungen im Parlament kommt, wird die Apothekerschaft das Thema bestimmt wieder einbringen. Die FMH ist seit langer Zeit auf der Suche nach einem margenfremen Modell, um endlich von den Anschuldigungen der falschen Anreize wegzukommen. Eine Umlagerung auf den Taxpunktwert kann, muss aber nicht ein Element der Lösung sein. Die Selbstdispensation soll aber weiterhin erlaubt bleiben, und für Patienten und Versicherer soll ein Mehrwert geschaffen werden. Ein Modell mit zwei Varianten wurde entwickelt. Erste Gespräche haben mit *santésuisse* und den Versicherern stattgefunden. Der Verwaltungsrat von *santésuisse* sollte diesbezüglich im August einen Grundsatzentscheid fällen.

V. *Liguori/TI* stellt fest, dass aufgrund der Interpretation der Versicherer, es dürften nur noch Laboruntersuchungen im Rahmen von Präsenzdiagnostik durchgeführt werden, viele Analysen und präoperative Laboruntersuchungen, die von Spitälern in Auftrag gegeben werden, nicht mehr möglich wären. Er fordert eine klare Information für die Ärzteschaft, welche Laborleistungen noch zu Lasten der Grundversicherung abgerechnet werden können und welche nicht mehr.

E. *Gähler* antwortet, dass die Liste der Präsenzdiagnostik gegeben ist und dort enthaltene Positionen abgerechnet werden können. Problematisch ist dabei, dass mit der Revision die Chemieanalysen total unterbezahlt sind, weil sie nicht nach dem Praxislabor, sondern nach den Auftragslabors berechnet wurden. Es wird Teil des Monitorings sein, dies aufzuzeigen. Ebenfalls gibt es noch keine genaue Definition des Präsenzlabors. Hierzu werden Anträge beim BAG eingereicht.

Andreas Haefeli/AG weist darauf hin, dass die Absenkungen bei den Labortarifen und den Margen bei der ärztlichen Medikamentenabgabe auch in die TAR-MED-Revision einfließen müssen, weil diese Zusatzeinkommen bei der Gestaltung des Tarifes berücksichtigt wurden.

Informationen aus dem Ressort

Daten, Demographie und Qualität (DDQ)

Daniel Herren informiert die Anwesenden über einige Hotspots aus seinem Ressort.

Bereich Qualität

Das *Q-Monitoring* ist im Zeitplan. Zur Erinnerung die Zielsetzungen: Durch das Erfassen der Qualitätsarbeit soll, primär in der ambulanten Ärzteschaft, Transparenz geschaffen werden, die Qualitätsaktivitäten sollen sichtbar gemacht und gewertet werden. Zusammen mit den Partnern will man anschliessend ein Modell entwickeln, um die ärztliche Qualitätsarbeit zu unterstützen. Die Datenerfassung bei den Pilotbereichen Hausarztmedizin, Psychiatrie und Orthopädie ist abgeschlossen. Die Publikation der Ergebnisse wird Mitte Juni erfolgen. Die Konzeptarbeiten zum Thema Aufwand und Nutzen von Qualitätsaktivitäten sind am Laufen, und man denkt auch über Anreize zur Leistung von medizinischer Qualitätsarbeit nach. Der Antrag zur Ausdehnung des Q-Monitoring auf weitere Fachgesellschaften wird dem ZV voraussichtlich im Juli unterbreitet.

Arbeitsgruppe Qualität sas-FMH: Die gemeinsame Arbeitsgruppe konnte nun doch in einem zweiten Anlauf gegründet werden, mit je 4 Vertretern auf jeder Seite (bei sas sind neben 2 *santésuisse*-Vertretern auch je 1 Vertreter der Sanitas und der Helsana dabei). In einer ersten Sitzung konnte Einigkeit erzielt werden über ein gemeinsam definiertes Arbeitsfeld, nämlich die Umsetzung des KVG Art. 22a (Verpflichtung für Leistungserbringer, den Bundesbehörden Daten zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu liefern). Aktuell ist die Arbeitsgruppe daran, die Lieferung von Qualitätsindikatoren zu Händen des BAG bzw. Bundes (lit. f) zu evaluieren, Q-Indikatoren, welche dieser Bestimmung und den beiden Anspruchsgruppen genügen könnten, zu definieren.

Eine andere, von der KKA angeregte Arbeitsgruppe, befasst sich mit Art und Weise der Datenlieferung im Rahmen von Art. 22aKVG. Das Bundesamt für Statistik (BfS), welches vom BAG beauftragt ist, die Daten zu sammeln, wurde kontaktiert. Beim BfS wurde dieses Projekt aus personellen Gründen zeitlich etwas hinausgeschoben, ein Grobkonzept wird für Sommer 2010 erwartet. Die Interessen des BAG sind nicht ganz klar. Ziel der FMH ist, die Gesamtbelastung der Leistungserbringer für diese vom Gesetz vorgeschriebene Datenlieferung möglichst klein zu halten. Die 2009 gebildete gemeinsame Arbeitsgruppe KKA-FMH hat bereits eine Variablen-Liste erstellt, dem BfS wurde ein Vor-

schlag für einen Rahmenvertrag, beinhaltend Regelungen für eine allfällige Zusammenarbeit und Konditionen für die Datenlieferungen, unterbreitet.

Bei der *Q-Strategie des Bundes* haben die Konzeptarbeiten in Teilprojektgruppen, unter dem Dach eines Steuerungskomitees (FMH vertreten durch J. de Haller) begonnen. Im Teilprojekt 1 geht es um Finanzierung (FMH formell nicht vertreten, aber Antrag gestellt), Teilprojekt 2 befasst sich mit Inhalten der Aktionsfelder (D. Herren ad personam) und Teilprojekt 3 betrifft Information (FMH-Vertreter D. Herren). Im Herbst 2010 sollen die Arbeiten in den Teilprojekten abgeschlossen werden und Ende Jahr ein Bericht mit dem Detailkonzept an den Bundesrat gehen.

Bereich Daten und Demographie

Die Einkommensstudie für die Jahre 2005/2006 wurde von der Tochter des verstorbenen Niklaus Hasler erstellt – die vollständige Studie ist bei der Abt. Kommunikation (kommunikation@fmh.ch) beziehbar. Weil die Studie, wie sie bis anhin durchgeführt wurde, nicht mehr alle Fragen beantworten und die Erfassung des Zahlenmaterials allenfalls optimiert werden kann, wurde beschlossen, eine Ausschreibung für eine neue Einkommensstudie, die für die FMH von zentraler Bedeutung ist, durchzuführen. Der Auftrag wurde schliesslich an das Büro BASS vergeben. Büro BASS, DDQ und Tarifiedienst werden diesbezüglich eng zusammenarbeiten. Der Datenpool soll über die Zahlen von medisuisse hinaus mit Daten von NAKO, Ärztestatistik, H+ und der Primärerhebung über die «Ärzteprofile» im stationären Sektor erweitert werden. Erste Zahlen werden für Frühling 2011 erwartet.

Abschliessend drückt *D. Herren* den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der Abteilung DDQ, die eine hervorragende Arbeit leisten, seinen herzlichen Dank aus.

Alexander von Weymarn/TG erkundigt sich, ob auch die Zahlen der RoKo (Rollende Kostenstudie) als Parameter in die Einkommensstudie einbezogen werden. *D. Herren* bestätigt, dass sämtliche Quellen analysiert werden, um zu entscheiden, welche Elemente herbeigezogen werden, um die Studie auf ein wirklich gutes Fundament zu stellen.

Informationen aus dem Ressort SwissDRG

Pierre-François Cuénoud nimmt eingangs Bezug auf den ersten grossen Schritt, der im Juli 2009 mit der Einreichung des Begleitdossiers und des ersten verwendbaren Groupers (Version 2.0) an den Bundesrat zur Genehmigung getan wurde. Von allen Unterlagen entsprachen die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Leistungsqualität sowie die Schätzung der Auswirkungen des Tarifs auf das Leistungs- und Kostenvolumen nicht ganz den Erwartungen des Bundesrates. Vor allem bei den Fachgesellschaften ist die Tatsache schlecht angekommen, dass sich das Bundesamt für Statistik (BfS) bezüglich der in 2008 mit grossem Engagement und unter erheblichem Zeit-

druck erarbeiteten und eingereichten Anträge (total 1630) die nötigen Ressourcen nicht gegeben hat, um eine korrekte Implementierung dieser Anträge in den CHOP 12 zu gewährleisten. SwissDRG hat daraufhin zwei ausgewiesene Fachpersonen angestellt, die dem BfS zur Verfügung stehen. Man hofft, damit bis im Herbst dieses Jahres den Rückstand aufzuholen. Ein weiterer ärgerlicher Rückstand besteht auch immer noch bei den französischen und italienischen Übersetzungen der Unterlagen. Auch hier hat SwissDRG eingegriffen und 200'000 Franken freigestellt, damit diese Übersetzungen innerhalb nützlicher Frist vorliegen. Ein wichtiger Unterschied zwischen dem schweizerischen DRG-System und allen andern in unseren Nachbarländern existierenden Systemen besteht in der Integration der Investitionen und Anlagenutzungskosten in die DRG. Dieser Umstand macht eine Vergleichsstudie notwendig. Bei der Finanzierung der Innovationen wurde der Grundsatz einer provisorischen Übernahme der Neuerungen von allen Partnern anerkannt. Für Kantone, die DRG noch gar nicht kennen, wird es ziemlich hart sein, das System, welches auch finanzielle Sanktionen enthält, auf den 1.1.2012 einzuführen. Man hat sich deshalb eine Defizitgarantie für Spitäler während der ersten zwei Jahre unter SwissDRG überlegt. Zu den hängigen Fragen gehören die Zusatzentgelte. Die vorläufige Finanzierung ist im Grundsatz akzeptiert. Was geschieht aber bei einer weiteren Innovation? Wenn die vorläufige Finanzierung einer Innovation zeigt, dass sich diese über Jahre hinweg hält, muss man sie in die Tarifstruktur aufnehmen. Je nachdem, wie häufig die Innovation angewendet wird, gibt es ein unterschiedliches Vorgehen für die Aufnahme in die Tarifstruktur. Für nur selten angewendete Innovationen wird man keine neue DRG bilden, sondern Zusatzentgelte (Art. 49, Abs. 1 KVG) vorsehen. Hängig ist auch die Tarifstruktur für Psychiatrie, Akutgeriatrie und Rehabilitation, vom Bundesrat SwissDRG «auferlegt» mit Frist nach 2012. Stand der Begleitforschung: Im Bereich Qualität hat die FMH ihre Bewerbung als vollwertiges Mitglied der ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) eingereicht. Im Bereich Berufsgruppen geschieht aktuell gar nichts. Im Bereich Gesundheitssystem als Ganzes ist eine Ausschreibung durch das BAG erfolgt. Die FMH ist bereit, sich der für die Ärzteschaft wichtigen Themen, die nicht abgedeckt sind, anzunehmen. Entsprechende Anträge werden demnächst dem Zentralvorstand und der Delegiertenversammlung unterbreitet werden. Zu den Aktivitäten der FMH gehört auch das Antragsverfahren, welches letztes Jahr durchgeführt wurde und 257 Anträge (alle von der FMH) generierte. Weiter ist ein Praxistest mit einem sog. Batchgrouper 2.0 (Informatik-Simulation mit dem Grouper 2.0) durchgeführt worden, welcher eine gute Reproduzierbarkeit gegenüber APDRG (90% Übereinstimmung) aufgezeigt hat. Die Workshops, welche von der FMH zusammen mit H+ angeboten werden, sind ein voller Erfolg. Sie finden 3-mal pro

Jahr statt, ein erster Workshop auf Französisch ist für kommenden Winter vorgesehen. Bedenken gibt es bezüglich des Beginns der Begleitforschung, der Aufnahme der Anträge 2007–2009 in CHOP 12 zur Benutzung ab 1. 1. 2011, der Zusatzentgelte, der Position der ANQ, des Datenschutzes und schliesslich auch bezüglich der Finanzierung der Weiterbildung. Fazit: SwissDRG gelangt ab 1. 1. 2012 zur Anwendung. Ziel ist, dass ab diesem Datum 80% der Fälle annehmbar abgebildet werden können. Danach werden fortlaufende Verbesserungen notwendig sein, jedes Jahr wird eine neue Version entstehen. In diesen Arbeiten hat die Ärzteschaft eine Schlüsselrolle inne.

M. Müller/KHM macht auf die grossen Ängste und Unsicherheiten aufmerksam, die in der Ärzteschaft in Bezug auf die Einführung von SwissDRG immer noch vorhanden sind. Er vermisst auch immer noch den Einbezug der Auswirkungen auf die Praxen. Seines Erachtens müsste man sich mehrere Nachmittage lang

diesem Thema widmen, und nicht nur 5 Minuten vor noch gerade etwa 15 anwesenden Delegierten. Auch *Carlo Moll/VLSS* bestätigt die Zunahme der Unsicherheit und hat den Eindruck, dass die Diskussion über SwissDRG erst jetzt, unter dem Druck der Zeit, so richtig lanciert ist.

Für *P.-F. Cuénoud* ist vor allem wichtig, dass in den Spitälern ein grosses ärztliches Gewicht, eine starke ärztliche Direktion vorhanden ist. Und den wirklich verunsicherten Ärzten rät er, dass sie mit den Kollegen, die mit dem System bereits seit sieben und mehr Jahren arbeiten, das Gespräch suchen. «Es gibt ein Leben mit DRG, es ist vielleicht nicht ideal, aber auch nicht schlechter als mit einem andern System.»

Nachdem das Wort nicht weiter verlangt wird, bedankt sich der Präsident bei den wenigen Delegierten, die noch bis zum Schluss ausgeharrt haben, und schliesst die ordentliche Ärztekammersitzung um 17.25 Uhr.

Glossar

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken	PTK	Paritätische Tarifkommission
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups	PVK-UV/MV/IV	Paritätische Vertrauenskommission UV/MV/IV
DDQ	Daten, Demographie, Qualität	RAV	Regionale Arbeitsvermittlungszentren
DRG	Diagnosis Related Groups	SÄZ	Schweizerische Ärztezeitung
DV	Delegiertenversammlung	SGAI	Schweiz. Gesellschaft für Allergologie und Immunologie
EMH	Editores Medicorum Helveticorum; Schweizerischer Ärzteverlag	SGIM	Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin
FG	Medizinische Fachgesellschaften	SGN	Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie
fmCh	Foederatio medicorum Chirurgicorum helvetica	SOG	Schweiz. Ophthalmologische Gesellschaft
FMPP	Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum	SGP	Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz	SGPP	Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
GPK	Geschäftsprüfungskommission	SIWF	Schweiz. Institut für medizinische Weiter- und Fortbildung
HÄCH	Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Schweiz	SMF	Swiss Medical Forum
INFRA	Infrastrukturkosten	SMSR	Société médicale de la Suisse romande
KG	Kantonale Ärztesellschaften	SMW	Swiss Medical Weekly
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin	VEDAG	Verband deutschschweizerischer Ärztesellschaften
KKA	Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften	VRP	Präsident des Verwaltungsrats
KoReg	Kostenrechnung	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung	VVG	Versicherungsvertragsgesetz
LeiKoV	Leistungs- und Kosten-Vereinbarung	ZV	Zentralvorstand
M&H	Médecine et Hygiène		
NAKO	Nationale Konsolidierungsstelle		
OMCT	Ordine dei medici del Cantone Ticino		
PIK	Paritätische Interpretationskommission		