

Die 200 stimmberechtigten Delegierten vertreten die Basis- und Fachorganisationen der FMH.

Fotos: Christoph Kreyden



Kongresshaus, Biel, 26. Mai 2011

Protokoll der ordentlichen Ärztkammer

Erika Flückiger,
Leiterin Dienste

Ein Glossar mit den am häufigsten verwendeten Abkürzungen finden Sie auf Seite 1109.

Anmerkung der Protokollführerin: Zum besseren Verständnis über die Geschäfte in der Reihenfolge ihrer Behandlung berichtet.

Begrüssung, Mitteilungen, Bestellung des Büros

Nach Erreichen des erforderlichen Quorums der Hälfte der stimmberechtigten Delegierten, eröffnet der *Präsident Jacques de Haller* um 9.37 Uhr die ordentliche Sitzung der Ärztkammer. Vom Zentralvorstand sind entschuldigt: *Christine Romann* – sie vertritt die FMH an der Sitzung der E.A.N.A – und *Daniel Herren*, welcher am europäischen Kongress für Handchirurgie teilnimmt. *Pierre-François Cuénoud* muss die Sitzung am Mittag verlassen.

Der *Präsident* begrüsst anschliessend die anwesenden Gäste: *Roland Schwarz* (Präsident) und *Adrian Sury* (Mitglied) der Geschäftsprüfungskommission (GPK), *Bruno Kesseli*, Chefredaktor Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ), *Peter Geissbühler*, Von Graffenried Treuhand AG (Kontrollstelle), *Reinhard Kunz*, Geschäftsführer FMH Services.

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: *Louis-François Debétaz/Allergologie*

und Immunologie, *Peter Wiedersheim/SG*, *Jean-Pierre Grillet/GE*, *Marcel Stampfli/BE*, *Stefan Nock/UR*, *Raoul Heilbronner/Neurochirurgie*, *Andreas Girr/ZH*, *Jürg La-reida/AG*, *David Nadal/Infektiologie* und *Christoph Boss-hard/VSAO*.

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

Die Einladung mit Traktandenliste und Beilagen wurde fristgerecht 4 Wochen vor der heutigen Sitzung auf CD-ROM verschickt, es folgten 4 Nachversände per E-Mail, mit jeweils aktualisierter Traktandenliste. Bei der Eingangskontrolle wurde den Ärztkammerdelegierten ein Briefumschlag mit den entsprechenden Stimm- und Wahlunterlagen, den ordentlichen Ärztkammerdelegierten zusätzlich die Zusammenstellung der Saläre 2010 des Zentralvorstands und des Präsidiums SIWF abgegeben (Beschluss der ÄK vom 27.5.2010, Art. 10, Ziff. 8, Geschäftsordnung/GO).

Der *Präsident* erteilt anschliessend das Wort dem *Generalsekretär Daniel Herzog* für die Vorstellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die seit der letzten Ärztkammersitzung ihre Arbeit bei der FMH aufgenommen haben:

Roger Scherrer, Betriebsökonom, ergänzt seit Oktober 2010 das Team Tarife und Verträge im FMH-Tarifdienst, Carla Trachsel unterstützt seit Januar 2011 das Vorstandssekretariat, Isabelle Bertholet, Übersetzerin, ebenfalls im Januar 2011 eingetreten, übernimmt Ende Mai die Nachfolge von Antoinette Mazouer, stv. Leiterin des Übersetzungsdienstes, welche in den Ruhestand tritt, sowie Martina Bruttel, die diesen Monat als Sekretärin mit einem 50-Prozent-Pensum beim Tarifdienst im Bereich Tarife und Verträge eingetreten ist.

Jahresbericht Zentralvorstand, SIWF und GPK: Berichtsperiode 2010

Die Jahresberichte von FMH und SIWF wurden verschickt und stehen auch auf der Webseite www.fmh.ch zum Herunterladen bereit. Der Jahresbericht der Geschäftsprüfungskommission/GPK wurde den Ärztekammerdelegierten mit den Sitzungsunterlagen zugestellt. Der *Präsident* erteilt das Wort an Roland Schwarz, Präsident GPK. R. Schwarz/GPK möchte zu zwei Punkten im Jahresbericht Bemerkungen machen. Erster Punkt *Kompetenzen und Verantwortung im Finanzbereich der FMH*: Die GPK hat festgestellt, dass die Kompetenz für einen Finanzbeschluss nicht immer bei derjenigen Stelle angesiedelt ist, welche die Verantwortung dafür tragen muss. Dieser Problematik muss nach Meinung der GPK insbesondere beim Projekt «Neue Führungsmodelle» Beachtung geschenkt werden. Zweiter Punkt *Budget-Stabilisierungsmassnahmen (ÄK-Beschluss 2007): Modul 1/keine Rückerstattung mehr nach Titelerwerb*: Der Beschluss ist umgesetzt, jedoch sind die Einsparungen noch nicht zum Tragen gekommen, weil nach wie vor der Besitzstand gilt. Nach den Berechnungen sollte jedoch der Betrag von 1,5 Mio. Franken im Jahr 2010 um die Hälfte reduziert sein. *Modul 2/Rückerstattung bei Titelerwerb* ist umgesetzt. Seit dem Jahr 2008 werden die Kosten dafür mit einer Mitgliederbeitragssteigerung von 50 Franken kompensiert. *Modul 3/Reduktion Betriebsaufwendungen ZV*: Die Zielsetzung war minus 10%, was 2007 fast erreicht wurde. Inzwischen ist der Prozentsatz der Einsparungen wieder zurückgegangen. Grund: die Pensen des ZV wurden, insbesondere bei der letzten Gesamterneuerungswahl, wieder erhöht. Zielsetzung bzw. der Beschluss der ÄK im Jahr 2007 war ein Gesamtpensum von 420%. 2009 betrug das Gesamtpensum 437%, Ende 2010 lag es bei 495%. Diese Zahl ist selbstverständlich abhängig davon, welche Aufgaben der FMH übertragen werden und wie die FMH diese möglichst gut umsetzen kann. Es liegt im Ermessen der ÄK, die beschlossenen 420%, je nachdem, welches neue Führungsmodell sie wählt, auch zu erhöhen.

Modul 4/Restrukturierung Generalsekretariat ist umgesetzt, soweit derzeit sinnvoll und möglich.

Der *Präsident* dankt der GPK für ihren Bericht und hebt anschliessend die besonderen Anstrengungen der Abt. Kommunikation betreffend der neuen Prä-

sentation des FMH-Geschäftsberichtes hervor, die zu mehreren sehr positiven Rückmeldungen geführt hat.

Zu den drei Jahresberichten wird das Wort nicht verlangt. Der *Präsident* schreitet deshalb zur Abstimmung:

- Der *Jahresbericht des SIWF (Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 2.1.)* wird einstimmig, ohne Gegenstimmen und Enthaltungen, *angenommen*.
- Der *Jahresbericht der FMH (Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 2.2.)* wird einstimmig, ohne Gegenstimmen, bei 2 Enthaltungen *angenommen*.
- Der *Jahresbericht der GPK (Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 2.3.)* wird einstimmig, ohne Gegenstimmen und Enthaltungen, *angenommen*.

Jahresrechnungen 2010

Jahresrechnung 2010 SIWF

Christoph Hänggeli/Geschäftsführer SIWF erinnert zu Beginn an die Gründung des SIWF im Jahr 2008. Das Institut funktioniert zwar selbständig und unabhängig von den andern FMH-Organen, verfügt aber über keine eigene Rechtspersönlichkeit und muss deshalb der Ärztekammer gegenüber Rechenschaft ablegen.

Seitdem eidgenössische Facharztstitel erteilt werden, konnte jedes Jahr ein positiver Rechnungsabschluss vorgelegt werden. Für 2010 weist das SIWF erstmals einen Verlust von 174000 Franken aus. Das Gesamtergebnis weicht lediglich um 36000 Franken vom Budget ab. Bei den einzelnen Positionen sind zum Teil erhebliche Abweichungen zwischen Rechnung und Budget festzustellen. Weil jedoch sowohl Ertrag wie Aufwand gleichermassen höher ausgefallen sind als budgetiert, ergibt sich im Ergebnis nur eine kleine Differenz. Ende 2010 weist das SIWF ein Vermögen von 4,7 Mio. Franken aus. Den wichtigsten Ertragsposten stellen weiterhin die Gebühren für die Facharztstitel dar, von denen im Berichtsjahr 1250 erteilt wurden. Eine weitere wichtige Einnahmequelle sind die Visitationen, welche von den Weiterbildungsstätten finanziert werden. Den grössten Aufwandsposten stellt der Personalaufwand dar. Der Posten Interne Verrechnungen, eigentlich auch den Personalkosten zuzurechnen, umfasst Leistungen im Umfang von über 1,5 Mio. Franken, die das SIWF bei der FMH einkauft. Daraus resultieren Synergien, weil die Dienstabteilungen wie Übersetzungsdienst, Rechtsdienst, Informatik usw. gemeinsam von FMH und SIWF genutzt werden und auf diese Weise Kosten gespart werden können.

Zur Rechnung 2010 des SIWF werden keine Fragen gestellt.

Jahresrechnung der FMH (gesamthaft, inkl. SIWF)

Der *Präsident* übergibt das Wort dem *Generalsekretär* für die Präsentation der Gesamtrechnung 2010 der FMH.

Die Jahresrechnung wurde von der Revisionsstelle abgenommen. Der Revisor Peter Geissbühler/



Ein Blick auf das Podium mit dem Zentralvorstand und dem Generalsekretär.

Von Graffenried Treuhand AG ist anwesend und kann anschliessend befragt werden. Die Rechnung 2010 der FMH schliesst mit einem Gewinn von 24000 Franken, budgetiert war ein Verlust von 272000 Franken. Insgesamt wurden weniger Einnahmen generiert. Eine negative Differenz zum Budget in der Höhe von 600000 Franken ergab sich bei den Mitgliederbeiträgen. Der Mitgliederzuwachs war zu positiv prognostiziert worden, innerhalb der Mitgliederkategorien gab es Verschiebungen, und es sind mehr Mitglieder aus der FMH ausgetreten als vorgesehen. Dafür hat das SIWF mit mehr erteilten Facharzttiteln als budgetiert ein Plus von 700000 Franken erwirtschaftet. Einen wichtigen Posten stellt der Projektaufwand dar, welcher in der Budgetierungsphase relativ schwierig einzuschätzen ist. Häufig muss zu Jahresende festgestellt werden, dass nicht alle vorgesehenen Projekte in Angriff genommen werden konnten. Im Berichtsjahr sind hier für 0,7 Mio. Franken weniger Kosten angefallen. Weniger Ausgaben – ebenfalls um 0,7 Mio. Franken – resultierten für Anlässe und Kommissionen. Dazu beigetragen hat vor allem, dass 2010 keine ausserordentliche Ärztekammersitzung durchgeführt wurde. Die Rückerstattungen an Mitgliederbeiträgen bei und nach Titelerwerb von 1,5 Mio. Franken liegen praktisch im Budget. Das gute Ergebnis im Rechnungsjahr 2010 bzw. die gegenüber dem Budget niedrigeren Ausgaben erlaubten die Bildung von Rückstellungen in der Höhe von 1,55 Mio. Franken. Sie stehen für die Finanzierung von Projekten sowie PR-Massnahmen und Vorhaben politischer Natur (Kampagnen, Referenden usw.) zur Verfügung.

Daniel Herzog schliesst die Präsentation der Jahresrechnung FMH mit der Verteilung des Ergebnisses: Dem Eigenkapital der FMH werden 199000 Franken

zugewiesen, der Verlust von 174000 Franken geht zu Lasten Reserve des SIWF.

Thomas Keller/SZ erkundigt sich, ob im Zusammenhang mit der Unterstützung der Waffenschutzinitiative Gelder geflossen seien. *Der Präsident* antwortet, dass die Delegiertenversammlung (DV) der FMH beschlossen hatte, die Initiative zu unterstützen. Finanzielle Mittel der FMH seien in diesem Zusammenhang keine geflossen.

R. Schwarz/GPK bestätigt diese Aussage des Präsidenten ausdrücklich.

Nachdem keine weiteren Fragen gestellt werden, unterbreitet der *Präsident* die beiden Jahresrechnungen der Abstimmung:

In einer ersten Abstimmung (*Antrag Nr. 1 zu Traktandum 3.1.*) wird die Jahresrechnung 2010 des SIWF einstimmig, ohne Gegenstimmen und Enthaltungen, *angenommen*.

Danach *genehmigt* die Ärztekammer (*Antrag Nr. 1 zu Traktandum 3.2.*) die Jahresrechnung 2010 der FMH mit grosser Mehrheit, bei 1 Gegenstimme und 3 Enthaltungen.

Décharge-Erteilung

Der *Präsident* bittet die Ärztekammer um Erteilung der Décharge.

- Die Ärztekammer *erteilt* dem Vorstand SIWF einstimmig, ohne Gegenstimmen und Enthaltungen, *Décharge* (*Antrag Nr. 1 zu Traktandum 4.1*).
- Anschliessend *erteilt* die Ärztekammer ebenfalls einstimmig, bei 1 Enthaltung, dem Zentralvorstand der FMH *Décharge* (*Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 4.2*).

Politische und strategische Zielsetzungen

Der *Präsident* verweist auf die Statuten, die eine Prüfung und Genehmigung der vom ZV und der DV vorgeschlagenen politischen und strategischen Zielsetzungen vorsehen. In zwei Klausurtagungen hat sich der Zentralvorstand mit den Legislaturzielen 2008–2012, welchen die Ärztekammer zugestimmt hatte, auseinandergesetzt, mit dem Ziel, sie zu aktualisieren und in ihren Formulierungen zu überarbeiten, selbstverständlich ohne sie inhaltlich zu verändern, sowie sich schliesslich zu vergewissern, dass die Aktivitäten des ZV mit den Zielsetzungen kongruent sind. Das Ergebnis dieser Überlegungen liegt in Form eines Flyers vor, welcher den Ärztekammerdelegierten bei der Eingangskontrolle verteilt wurde. Er enthält 6 Visionen, die eigentlichen strategischen Leitlinien. Im Innern des Flyers werden diese Visionen näher erläutert und aufgezeigt, mit welchen Mitteln sie realisiert werden sollen.

In der anschliessenden Diskussionsrunde weisen *Philippe Vuillemin/VD* und *Michel Matter/GE* darauf hin, wie wichtig die richtige Wortwahl und die Gewichtung der Formulierungen für eine solche Art von Deklaration zuhanden unserer externen Partner sind. In der französischen Version müssen die Aussagen

deshalb ebenso prägnant sein wie in der deutschen Version, und die Übersetzung muss sinnhaft sein. *Vincenzo Liguori/TT* bittet den ZV um eine italienische Übersetzung dieser strategischen Visionen, damit man sie auch den Tessiner Politikern abgeben kann. Der *Präsident* verspricht, mit dem Ordine dei Medici del Cantone Ticino/OMCT diesbezüglich in Kontakt zu treten. Weitere Fragen werden nicht gestellt.

Zu diesem Traktandum liegen, neben dem ZV-Antrag auf Genehmigung der Zielsetzungen, zwei weitere Anträge vor. Der *Präsident* übergibt das Wort dem Antragssteller *Andreas Girr/ZH*. Antrag Nr. 2 zu Traktandum 5 will «die politischen Aktivitäten der FMH auf Probleme beschränken, die direkt mit den standeseigenen Interessen im Zusammenhang stehen». Antrag Nr. 3 zu Traktandum 5 verlangt, «dass der Vorstand gegenüber der Öffentlichkeit in standespolitischen Fragen die Mehrheit der Mitglieder vertritt. Ist diese Meinung innerhalb der Ärzteschaft umstritten, so ist eine Urabstimmung durchzuführen.»

A. *Girr/ZH* erläutert, dass seine Anträge in klarem Zusammenhang mit dem Engagement der FMH bei der Waffeninitiative stehen, das zu einer Flut von Leserbriefen in der Schweizerischen Ärztezeitung geführt und nach seiner Einschätzung eine eigentliche Spaltung der FMH bewirkt hat. Er möchte für die Zukunft verhindern, dass die schmutzige Wäsche in aller Öffentlichkeit gewaschen wird. Da es in seinen Augen unklar ist, wer welche Kompetenz hat, möchte er seinen Antrag Nr. 2 wie folgt ergänzen: «... Die Festlegung der Aktivitäten ist Sache der Ärztekammer, in dringenden Fällen kann die DV in eigener Kompetenz entscheiden.»

Beat Gafner/BE bringt einen Änderungsantrag zu dem von A. *Girr/ZH* soeben ergänzten Antrag Nr. 2 zu Traktandum 5 ein, mit folgendem Wortlaut: «Die FMH beschränkt sich in ihren politischen Aktivitäten auf Probleme, die mit standeseigenen und gesundheitspolitischen Interessen im Zusammenhang stehen. Die Definitionshoheit bzw. die Festlegung und Begrenzung dieser politischen Aktivitäten ist ausschliesslich Aufgabe der DV der FMH.» Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern möchte damit die politischen Aktivitäten etwas genauer fassen und die Delegiertenversammlung (DV) stärken.

Der *Präsident* verweist auf die Statuten, welche der Delegiertenversammlung der FMH klar die Kompetenz für die Behandlung und Entscheidung aller wichtigen gesundheits- und standespolitischen Fragen zuordnet. Er erinnert daran, dass die DV gerade deshalb geschaffen wurde, um der FMH ein Instrument zu geben, rasch auf politischer Ebene reagieren zu können, was schlicht unmöglich wäre, wenn man zwischen 6 und 12 Monaten auf die nächste Ärztekammersitzung warten müsste. Der Änderungsantrag von B. *Gafner/BE* macht für ihn deshalb Sinn.

Vor Eröffnung der Diskussion erinnert der *Präsident* die Delegierten daran, dass die DV sich deshalb für die Unterstützung der Waffeninitiative ausgesprochen habe, weil ihrer Meinung nach hinter dieser

Initiative ein gesundheitspolitisches Problem lag, nämlich die Suizidprävention, zu dem Stellung zu nehmen der FMH wichtig erschien. Richtig sei allerdings, dass in der Abstimmungskampagne zur Initiative dann andere Elemente politischer Natur Priorität erhielten.

Ph. Vuillemin/VD teilt die Meinung nicht, dass alle politischen Entscheide der DV überlassen bleiben sollen. Im konkreten Fall der Initiative ging es um eine Verfassungsänderung. Bei Verfassungsänderungen dauern die Meinungsbildungen und Positionsbezüge Monate, genügend Zeit also, um die Meinung der Ärztekammer einzuholen, deren Entscheid zudem noch viel breiter abgestützt wäre als ein Entscheid der Delegiertenversammlung. Bei einem Referendum hingegen sei man unter grösserem Zeitdruck, weshalb hier ein Entscheid der DV ausreichen würde. Der *Präsident* macht darauf aufmerksam, dass das, was der Interpellant verlangt, nämlich die Meinungsbildung innerhalb der Ärztekammer, genau so geschieht: Politische Fragen, an der heutigen Sitzung beispielsweise Managed Care und DRG, werden in der Ärztekammer diskutiert. Die Ärztekammer verabschiedet dann eine Resolution zuhanden der Delegiertenversammlung. Diese Entscheidungstufen sind so klar in den Statuten geregelt. *Caspar Brunner/ZH* bekräftigt, dass in wichtigen Dingen die Ärztekammer genug Zeit haben muss, ein Wort mitzureden. *Rolf Hunkeler/ZH* sieht in der Diskussion eine gewisse Inkonsequenz: Von den FMH-Mitgliedern werde immer wieder gefordert, politisch aktiver zu sein, sich vermehrt in der Öffentlichkeit zu äussern. Wenn aber dann jemand eine Meinung vertrete, die nicht genau der unseren entspreche, wolle man ihm sofort wieder einen Maulkorb verpassen.

Nach persönlicher Auffassung von *Hanspeter Kuhn/stv. Generalsekretär* hätte die Ärzteschaft ein Glaubwürdigkeitsproblem, würde sie sich ausschliesslich für standeseigene Interessen einsetzen. Die Bevölkerung erwarte von der Ärzteschaft, dass sich diese auch für das Gesamtwohl einsetze. Eine Statutenänderung in die Richtung, in welche die Anträge zielen, würde er deshalb als nicht sehr glücklich erachten.

Der *Präsident* schreitet zur Abstimmung über die verschiedenen Anträge.

In einer ersten Abstimmung hat sich die Ärztekammer zum Änderungsantrag von B. *Gafner/BE* zum Antrag Nr. 2 zu Traktandum 5 von A. *Girr/ZH* zu äussern:

Der Änderungsantrag wird mit 79 zu 50 Stimmen, bei 15 Enthaltungen, *abgelehnt*.

Anschliessend wird der Antrag Nr. 2 zu Traktandum 5 von A. *Girr/ZH* mit 112 gegen 27 Stimmen, bei 7 Enthaltungen, ebenfalls *abgelehnt*.

Schliesslich *genehmigt* die Ärztekammer einstimmig, ohne Gegenstimmen, bei 11 Enthaltungen, die vom Zentralvorstand unterbreiteten Visionen für das Gesundheitswesen (Antrag Nr. 1 zu Traktandum 5).



Die Ärztekammer bildet sozusagen das Parlament der FMH. Sie ist neben der Gesamtheit der Mitglieder das oberste Organ.

Der *Präsident* bittet anschliessend A. Girr/ZH um die Erläuterung seines *Antrags Nr. 3 zum Traktandum 5*.

Bevor A. Girr/ZH auf seinen Antrag zu sprechen kommt, weist er auf ein politisches Problem hin: Seiner Ansicht nach sollte der Zentralvorstand im Hinblick auf die Abstimmung über die Einheitskasse die Meinung der Basis vertreten. Vorbildlich gehandelt haben in seinen Augen die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) und andere Kantonale Ärztesgesellschaften, welche bei ihren Mitgliedern eine Umfrage durchgeführt haben. Da es um ein gesamtschweizerisches Problem geht, hätte er gerne gesehen, wenn die FMH eine solche Mitgliederumfrage gemacht hätte. Würde die Basis vermehrt in die politischen Aktivitäten der FMH eingebunden, werde sie möglicherweise lebhafter. Zumindest hätten gewisse Daten der AGZ-Umfrage in diese Richtung gewiesen.

An seinem *Antrag Nr. 3 zu Traktandum 5* möchte er eine kleine *Änderung* vornehmen in dem Sinne, dass es nicht immer eine Urabstimmung sein muss, sondern auch eine *Mitgliederumfrage* ausreichen würde. Wichtig sei, dass man wisse, wie die Basis fühle, und diese Meinung dann auch vertrete. Der Wortlaut des Antrags lautet neu: «*Der Vorstand vertritt gegenüber der Öffentlichkeit in standespolitischen Fragen die Meinung der Mehrheit der Mitglieder. Ist diese Meinung innerhalb der Ärzteschaft umstritten, so ist eine Mitgliederumfrage durchzuführen.*»

Nachdem das Wort nicht weiter verlangt wird, bringt der *Präsident* den *Antrag Nr. 3 zu Traktandum 5 – neuer Wortlaut* – zur Abstimmung.

Die Ärztekammer *genehmigt* den *Antrag* mit 67 gegen 55 Stimmen, bei 12 Enthaltungen.

Ein entsprechender Statutenänderungsantrag wird der nächsten Ärztekammer unterbreitet werden.

Einführung neue Spitalfinanzierung

Der *Präsident* erteilt das Wort an *Pierre-François Cuénoud*, *Ressortleiter SwissDRG im Zentralvorstand*.

P.-F. Cuénoud/ZV freut sich darüber, für einmal genügend Zeit und Gelegenheit zu haben, um über den neusten Stand des Projektes zu informieren und die Dinge an den Ort zu rücken, wo sie hingehören. Im Dossier Spitalfinanzierung herrscht ein enormes Durcheinander, es ist deshalb wichtig zu wissen, wovon man spricht. Einige Grundlagen wurden in der FMH bereits beschlossen, nach dem Motto «mitwirken statt hinnehmen». Seit 2004 beteiligt sich die FMH aktiv an den Vorbereitungsarbeiten für die neue SwissDRG-Tarifstruktur. Die Meinung der Ärzteschaft konnte zum Ausdruck gebracht werden, sie wurde wahrgenommen und mit der Zeit auch berücksichtigt und respektiert. Dies, obwohl die FMH in diesem Projekt dem Gesetz nach kein offizieller Tarifpartner ist.

Ein erstes Positionspapier wurde von der Delegiertenversammlung (DV) 2007 gutgeheissen. Auf dessen Basis wurde die «Strategie des Ressorts SwissDRG» mit folgenden 4 Zielsetzungen erarbeitet:

- a. Die meisten Vorteile für die Mitglieder erzeugen
- b. Den Informationsfluss gewährleisten
- c. Die vorherrschende Position der Ärzteschaft verstärken
- d. Die Entwicklungen rechtzeitig erkennen

Auch dieses Dokument wurde von der DV 2007 gutgeheissen und das Positionspapier entsprechend

aktualisiert. Die zweite Version enthält die grossen klassischen Probleme, mit welchen die Ärzteschaft konfrontiert ist: Qualitätsanforderungen, Garantie der therapeutischen Freiheit, Deckung der Spitalkosten, transparente Datenerfassung, Vereinfachung des administrativen Verfahrens sowie Leistungsverchiebungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. 2009 hat die DV auch dieses überarbeitete Positionspapier gutgeheissen.

Die Reform der Spitalfinanzierung ab 2012 beinhaltet sechs Hauptteile:

1. Leistungsbezogene Fallpauschalen.
2. Einbeziehung der Investitionen und Anlagenutzungskosten.
3. Ausschluss der gemeinnützigen Leistungen (darunter die regionalen Kapazitäten sowie die Forschung und die universitäre Lehre; die Weiterbildung der Ärzte wurde deshalb der universitären Lehre zugeordnet).
4. Eine neue Kostenverteilung zwischen Staat (min. 55%) und Versicherern (max. 45%), dies für alle, inkl. Privatspitäler, die zu Lasten der Sozialversicherung arbeiten.
5. Kantonale Planung, welche auch die Privatspitäler beinhaltet.
6. Freie Wahl eines ausserkantonalen Spitals nach dem Prinzip des «Cassis de Dijon».

Spricht man von DRG, betrifft dies nur den ersten Punkt, die leistungsbezogenen Fallpauschalen im stationären Bereich. Letzteren kann man in 4 Kategorien einteilen: Die *akutsomatische Versorgung* – in diesem Bereich sollen Fallpauschalen (DRG) zur Anwendung kommen, die *Rehabilitation*, die *Psychiatrie* und die *Langzeitpflege*. Die letzten drei Kategorien sind von DRG (Fallpauschalen) nicht betroffen. Die DRGs, die so viel zu reden geben, betreffen also gerade mal $\frac{1}{24}$ der gesamten Reform der Spitalfinanzierung.

P.-F. Cuénoud/ZV erklärt anschliessend, wie die DRGs funktionieren: Einem Patienten, der ins Spital eintritt, werden Diagnosen (ICD) zugeordnet, diverse Prozeduren (CHOP/OPS) werden an ihm vorgenommen und gewisse ihm betreffende administrative Stammdaten erhoben. Alles zusammen wird dann codiert. Diese Schlüsselphase, Codierung, ist die einzige Etappe, die das Spital beeinflussen kann. Der entstandene Code wird dann in einem sog. Grouper in eine DRG-Gruppe umgewandelt. Dieser DRG-Gruppe wird ein relatives Kostengewicht, *Cost Weight*, zugeordnet. Das Ganze wird mit einem Basisfallpreis, *Base Rate*, multipliziert, was als Ergebnis die Vergütung in Franken und Rappen ergibt. Die zweite Schlüsselphase besteht in der Definition der relativen Kostengewichte, *Cost Weights*. SwissDRG fällt die Aufgabe zu, eine Tarifstruktur zu erstellen, welche den *Cost Weight* definiert. Eine weitere Schlüsselphase betrifft den Multiplikator (Basisfallpreis/Base Rate) welcher zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt wird. Wenn man also von SwissDRG spricht,

betrifft dies nur diejenige Schlüsselphase, welche die *Cost Weights* definiert.

Im Zusammenhang mit den DRG-Gruppen werden immer auch wieder die Zusatzentgelte genannt. P.-F. Cuénoud erklärt kurz den Mechanismus: Eine «teure» Innovation wird zunächst provisorisch finanziert. Will man sie später in die Tarifstruktur aufnehmen, gibt es dafür verschiedene Möglichkeiten. Handelt es sich um etwas, das sehr häufig zur Anwendung kommt, wird das relative Kostengewicht (*Cost Weight*) der entsprechenden DRG angepasst. Wird hingegen eine Innovation z.B. nur bei 30 von 100 potentiell betroffenen Patienten angewendet, macht es Sinn, dafür eine neue DRG-Gruppe zu schaffen. Dritte Möglichkeit: Wird die Innovation nur in sehr seltenen Fällen (z. B. in 1 bis 2 Fällen von 100) angewendet, müssen Zusatzentgelte vorgesehen werden. Die Versicherer haben an Zusatzentgelten keine Freude, sie möchten möglichst alles pauschalisieren. Für die Leistungserbringer hingegen sind diese Zusatzentgelte sehr wichtig, sie sind auch im Gesetz in einer «Kann»-Formulierung vorgesehen (Art. 49 Abs. 1 KVG). In Deutschland existieren zurzeit 146 Zusatzentgelte.

Wo stehen wir heute betreffend der SwissDRG-Tarifstruktur? Unsere Fachgesellschaften waren ausserordentlich aktiv, sie haben in den letzten Jahren mehr als 2000 Anträge eingereicht. Davon betrafen einige den Mechanismus der DRG-Gruppen und Zusatzentgelte. Ein Teil dieser Anträge wurde berücksichtigt und in die diversen Versionen der Tarifstruktur eingebaut. Eine grosse Zahl der eingereichten Anträge verlangte Änderungen am CHOP-Code. Mehr als 7500 zusätzliche Codierungen wurden angefügt, der CHOP 2011 enthält nun 13700 Positionen. Die Version 0.2 der Tarifstruktur wurde vom Bundesrat 2010 genehmigt. Sämtliche verlangten Zusatzdokumente wurden bis Ende 2010 eingereicht. Die letzte 2010 erstellte Arbeitsversion 0.3, die als Einführungsversion 1.0 ab nächstem Jahr zur Anwendung kommen wird, wurde am 30.4.2011 dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Sie enthält 1052 DRG-Gruppen und 5 Zusatzentgelte. Die Genauigkeit der Abbildung der DRG-Gruppen hat gegenüber den früheren (Arbeits-)Versionen erheblich zugenommen. Die meisten DRG-Gruppen konnten auf der Basis von Schweizer Daten errechnet werden. Nach wie vor stellt die Datenlage der Spitäler, die mangelnde Qualität ihrer Kostenrechnungen, ein Problem dar. Ungelöst ist auch die Forderung seitens der Versicherer, wonach die Rechnungen sämtliche Patientendaten (Diagnosen, Prozeduren usw.) enthalten müssen. Da sich H+ und Versicherer nicht einigen können, wird der Bundesrat hier einen Schiedsspruch fällen müssen.

Von 1 Mio. jährlichen Hospitalisationen in der Schweiz können 80% von 20% DRG-Gruppen finanziert werden. Die Zusatzentgelte, die noch pendent sind, betreffen nur 2–3% des Gesamtvolumens im

schweizerischen Durchschnitt. Obwohl wir mehrheitlich mit Schweizer Daten rechnen konnten, bleiben immer noch 40% der DRG-Gruppen übrig, bei welchen man nicht darum herumkommt, sich auf Daten aus Deutschland abzustützen.

Wie sieht es mit der finanziellen Beteiligung der FMH an SwissDRG aus?

2008 hat die FMH 8 Aktien zu 1000 Franken gekauft. Zwischen 2008 und 2010 sind Zahlungen von total 583330 Franken erfolgt, die ein Darlehen an SwissDRG AG darstellen (Finanzierung des Casemix-Office), mit einem Zins von 2,5%. Die Rückzahlung ist ab nächstem Jahr vorgesehen. Darauf ist Verlass, denn der Bundesrat hat grünes Licht gegeben für die Erhebung eines Zuschlags auf Spitalrechnungen seit diesem Jahr, damit das Casemix-Office funktionieren und die Rückzahlung der Darlehen ab kommendem Jahr erfolgen kann.

Zwischen der SwissDRG und dem deutschen DRG-System (G-DRG) gibt es einige Unterschiede, die für den Mechanismus ausschlaggebend sind. So ist beispielsweise die Fakturierung bei SwissDRG retrospektiv, in Deutschland zweifach prospektiv: Zum einen werden DRG-Kontingente mit einem Spital jedes Jahr neu ausgehandelt. Das hat zur Folge, dass, sobald das Kontingent ausgeschöpft ist, das Spital kein Interesse mehr daran hat, noch weitere Fälle anzunehmen, es sei denn, es handle sich um Notfälle. Da in der Schweiz das nicht vergleichbare SwissDRG-System zur Anwendung kommt, gibt es bei uns keinen Grund für eine Rückweisung von Fällen. Der zweite Aspekt der prospektiven Fakturierung besteht darin, dass in Deutschland die DRG-Gruppen innerhalb von 5 Tagen nach Spitaleintritt definiert werden müssen, was für einfache Fälle kein Problem ist. Ist aber die Pathologie nicht so klar, was relativ häufig vorkommt, und wird Vieles erst nach erfolgter Definition der DRG-Gruppe entdeckt, hat dies zur Folge, dass das Spital den Patienten nach Hause schickt, um ihn anschliessend für die Behandlung von etwas, was erst nachträglich entdeckt wurde, erneut zu hospitalisieren (Drehtüreffekt). Bei SwissDRG funktioniert das nicht so.

Auch bei den Zusatzkosten gibt es Unterschiede. Bei SwissDRG müssen die Investitionen und Anlagennutzungskosten inbegriffen sein. Eine absolute Neuheit, denn in keinem unserer Nachbarländer wird das so praktiziert. Weiterer Unterschied: Im deutschen DRG-System sind die Kosten für die ärztliche Weiterbildung in den DRGs inbegriffen, in der Schweiz wurden diese Kosten in der Verordnung der universitären Lehre zugeordnet, obwohl sie zu einem wesentlichen Teil anderswo als in den Universitäten stattfindet. In Deutschland bezahlen die Versicherer einen Teil der ärztlichen Weiterbildung, während dies in der Schweiz weiterhin nicht der Fall sein wird. Hierzulande werden zum einen Teil die Kantone zur Kasse gebeten werden. Für den andern Teil der Weiterbildungskosten stehen verschiedene Finanzierungsideen im Raum, z.B. ein nationaler Fonds.

Ein weiterer Unterschied hat sich aus einem Übereinstimmungstest ergeben. Glücklicherweise haben wir in der Schweiz das APDRG-System, welches in vielen Kantonen recht gut funktioniert. Verglichen hat man die Cost Weight bei der heute verwendeten APDRG-Version 6 mit der Arbeitsversion 0.3 von SwissDRG. SwissDRG enthält wesentlich mehr DRG-Gruppen (~1100) als APDRG (~700). Für 45000 DRG-Fälle, was viel ist, hat man eine Abweichung von 1,1% zugunsten von SwissDRG festgestellt. Die Extreme liegen nicht sehr weit auseinander: minus 17% bei SwissDRG gegenüber APDRG für einfache neurologische Erkrankungen und +25% für schwere Polytraumata. Beachten muss man, dass APDRG Schweiz sehr wohl weiss, dass SwissDRG kommt, und deshalb ihre Tarifstruktur nicht mehr regelmässig anpasst. Seit 2006 herrscht Funkstille, APDRG wird aber in ¼ aller Kantone benutzt.

Zur Begleitforschung, über die auch viel gesprochen wird: Die FMH hat die Ausarbeitung eines Konzeptes für die Etablierung der Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG finanziert. Drei grosse Themenblöcke sollen untersucht werden:

Auswirkungen auf die Qualität: Sie wurde inzwischen dem ANQ, dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, anvertraut.

Auswirkungen auf die Berufsgruppen: Die FMH hat beim Forschungsinstitut gfs.bern eine Studie über die «Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Spitalärzte sowie der Arzt-Patienten-Beziehung» in Auftrag gegeben.

Auswirkungen auf das Gesundheitssystem als Ganzes: Das BAG startet nächstes Jahr eine riesige Studie, bestehend aus 15 Teilprojekten und einer Vielzahl von Unterprojekten. Die Studie legt allerdings den Akzent vor allem auf die Kosten und die Kostenverschiebungen.

Die FMH hat sich deshalb mit H+ für ein anderes Projekt unter dem Titel «Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären Sektor und dem ambulatorischen Sektor (Spitäler und freie Praxis)» zusammengetan. Die Ausschreibung hat stattgefunden, die Einreichungsfrist ist vor etwa einer Woche abgelaufen. Die eingereichten Offerten werden nun analysiert.

Für die Begleitforschung sind etwa 30 verschiedene Studien in der Pipeline. Die beiden Studien der FMH starten bereits 2011.

Bei der Spitalfinanzierung als Ganzem gibt es noch zahlreiche offene Punkte. Politisch am meisten Sorgen bereiten aktuell die Kostenverschiebungen.

Eine Reihe von Kosten wird ab 2012 auf Kantone und Grundversicherung aufgeteilt: Dazu gehören die Investitionen, die nicht-universitäre Bildung (beides bisher von den Kantonen alleine getragen), das «Cassis-de Dijon-Prinzip» (nicht medizinisch begründete ausserkantonale Hospitalisationen wurden bisher über die Zusatzversicherungen bezahlt), Hospitalisationen in der Allgemeinen Abteilung Privater Lis-

tenspitäler (bisher von der Grundversicherung alleine getragen) sowie Hospitalisation in der privaten Abteilung Privater Listenspitäler (bisher von der Zusatzversicherung getragen, neu Aufteilung auf Kantone, Grundversicherung und Zusatzversicherung). Die finanzielle Belastung der Kantone wird signifikant steigen, die Grundversicherung wird leicht teurer werden und die Belastung der Zusatzversicherungen erheblich abnehmen. Die Gesundheits- und Sozialversicherungskommission des Ständerats (SGK-S) hat kürzlich in diesem Kontext «dringliche ergänzende Übergangsbestimmungen» beschlossen. Folgt das Parlament diesem Vorschlag, dürfte die neue Spitalfinanzierung bis 2014 zu keinen Prämien erhöhungen führen. Die Gefahr besteht darin, dass die Spitäler entweder nicht mehr investieren könnten oder den Personalbestand senken müssten, oder beides. Das ist gefährlich, umso mehr, weil der Beschluss dringlich ist, und die Initiative in der SGK des Nationalrats (SGK-N) ebenfalls angenommen wurde. Das Geschäft kommt deshalb als dringlich in die Sommersession 2011. Zur Bekämpfung dieses Vorhabens hat sich eine Allianz aus FMH, H+ und GDK (Gesundheitsdirektoren-Konferenz) gebildet. Für die Patientinnen und Patienten wird im Ergebnis die neue Spitalfinanzierung neutral bis leicht positiv ausfallen.

Was heisst das nun für die Politik der FMH? Zunächst einmal die Spielregeln der politischen Welt anerkennen. Dann die Glaubwürdigkeit bewahren (Zweckmässigkeit der Überlegungen). Objektiv Bilanz ziehen (was wurde gemacht, was bleibt zu tun?) und die Probleme auf der richtigen Stufe betrachten. Auf den Nutzen unserer Bemühungen zielen, kämpfen für das Wohl der Mehrheit (unserer Mitglieder, aber auch unserer Patienten), sich nicht in der Verteidigung von sektorbezogenen/regionalen Interessen verzetteln und schliesslich unsere Leadership verstärken. Damit schliesst P.-F. Cuénoud seine Präsentation.

Die Delegierten bedanken sich mit Applaus. Der Präsident dankt P.-F. Cuénoud für die brillante und klare Präsentation eines Themas, das sehr viel zu reden gibt und über welches auch die Delegiertenversammlung mehrfach diskutiert hat. Anlässlich der letzten DV-Sitzung wurde beschlossen, eine Erklärung der FMH auszuarbeiten, in welcher die Probleme aufgelistet sind, für die in den kommenden Monaten eine Lösung gefunden werden muss. Zentralvorstand und einige DV-Delegierte haben die Erklärung erarbeitet, das Ganze wurde seitens der DV durch Carlo Moll/VLSS koordiniert. Das Papier «*Erklärung der FMH zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. 1. 2012*» lag den Sitzungsunterlagen für die heutige Ärztekammer bei.

Carlo Moll/VLSS weist auf den Spagat hin, der sich aus der Funktionalität des Mechanismus der DRG ergibt, und den offenen Fragen, die es im Zusammenhang mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung noch hat. Dieser Spagat beunruhigt zunehmend die Basis. Dies einerseits sowie kritische Voten innerhalb

der DV am gegenwärtigen Stand und an der Position der Führung der FMH bzw. der Legitimation einer gemeinsamen politischen Forderung andererseits, waren Anlass für die Erarbeitung der erwähnten *Erklärung*, welche als *Antrag Nr. 1 zu Traktandum 6* vorliegt. Der Antrag geniesst eine breite Unterstützung von zahlreichen Dachverbänden, die in die Erstellung des Papiers einbezogen waren. Namens dieser Dachverbände plädiert C. Moll/VLSS dafür, die *Erklärung* durch Annahme des Antrags zu verabschieden.

Der Präsident erteilt das Wort Christoph Bosshard/VSAO, welcher einerseits eine Ergänzung zum vorliegenden Papier vorschlägt und andererseits einen weiteren Antrag stellt.

Laut Christoph Bosshard/VSAO vermisst der VSAO in diesem gut ausgearbeiteten Papier die Aspekte, welche in der am 16. März 2011 an einer Pressekonferenz durch die Allianz DRG-Personal, H+ und FMH gemeinsam abgegebenen Erklärung enthalten sind. Der VSAO beantragt deshalb, in das beantragte Dokument folgende zusätzliche Forderung aufzunehmen: «*Die Sicherung der Arbeitsbedingungen und die für eine qualitativ gute Versorgungsleistung notwendigen Personalbestände bei der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung sind gewährleistet.*»

Nach Meinung von Ch. Bosshard/VSAO könnte man die erwähnte gemeinsame Erklärung von Allianz DRG-Personal, H+ und FMH sowie das «*Positionspapier der FMH zu SwissDRG*» ebenfalls der zur Verabschiedung vorliegenden *Erklärung* beiheften.

Ch. Bosshard/VSAO erläutert anschliessend den abgeänderten *Antrag Nr. 2a zu Traktandum 6* (der ursprüngliche Antrag des VSAO lag den Sitzungsunterlagen unter Nr. 2 zu Traktandum 6 bei), der wie folgt lautet: «*Die Ärztekammer beschliesst die Unterstützung des DRG-Moratoriums.*» Der VSAO sieht das Dilemma, wie es von P.-F. Cuénoud/ZV auch präsentiert wurde, nur fehlt ihm zunehmend der Glaube, dass die Korrekturmassnahmen noch rechtzeitig erfolgen können. Die politischen Signale sind eindeutig. Deshalb favorisiert der VSAO, nach langen Versuchen, den Verhandlungsweg zu gehen, und trotz schlechter Erfahrungen mit Moratorien (siehe Zulassungsstopp) zum heutigen Zeitpunkt das DRG-Moratorium.

Der Präsident präzisiert zuhanden der Delegierten, was zur Diskussion steht: einerseits die *Erklärung der FMH zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. 1. 2012 (Antrag Nr. 1 zu Traktandum 6)*, andererseits die von Ch. Bosshard/VSAO präsentierte *Ergänzung* dazu sowie schliesslich den *Antrag Nr. 2a zu Traktandum 6*.

Der *Antrag Nr. 3 zu Traktandum 6* von Jürg Nadig/*Medizinische Onkologie* wurde vom Antragsteller vor der Sitzung, im Nachgang an eine Diskussion mit dem Präsidenten und dem Ressortleiter DDQ, zurückgezogen, nachdem ihm zugesichert wurde, dass sich eine Arbeitsgruppe aus Zentralvorstand und DV mit seinen Anliegen befassen wird.

Der *Präsident* eröffnet danach die Diskussion, zunächst zur Erklärung der FMH zur *Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1.1.2012*:

Nach Meinung von *V. Liguori/TI* müssen die Konsequenzen einer Kostenneutralität sehr gut untersucht werden. Zwar spricht man vom Spitalsektor, aber man vergisst dabei, welche Auswirkungen sie auf die Hausarztmedizin haben wird. Einerseits werden die Spitäler eine Reihe von Voruntersuchungen an die Hausärzte delegieren, um die Kosten im Spital zu reduzieren. Damit wird die Rolle des Hausarztes gestärkt. Andererseits werden die Hausärzte aber auch die negativen Auswirkungen der Kostenneutralität zu spüren bekommen, weil die Aufenthaltsdauer im Spital möglichst kurz angesetzt werden wird, die Patienten so rasch wie möglich nach Hause entlassen werden und die weitere Behandlung an den Hausarzt delegiert wird. Man müsse deshalb gut Acht geben, dass die Hausärzte dann nicht plötzlich mit einer Budgetrestriktion konfrontiert würden. Der *Präsident* antwortet, dass man diese Sorge ernst nehme. Die Problematik sei denn auch Teil der Begleitforschung und auch Gegenstand eines Projektes der Konferenz Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA).

Marc Müller/KHM erklärt seitens der Hausärzte Schweiz Unterstützung für die *Erklärung*, die ein gutausgewogenes Forderungspaket sei. Ein Moratorium sei für die Hausärzte kein guter Weg. Für die praktizierende Ärzteschaft – und nicht nur für die Hausärzte – sei das Gewicht auf die Studie betreffend die Kostenverschiebungen zu legen. Man sei froh, dass dieses Forschungsprojekt jetzt auch auf höherer Ebene in Angriff genommen werde, nachdem die Hausärzte bereits selbst daran seien, ihre Konsultationsgründe zu erfassen. Man hoffe auf eine gewisse Einbindung in das Forschungsprojekt.

Markus Trutmann/Generalsekretär fmCh erklärt, dass sich die fmCh der Moratoriumsbewegung nicht anschliesse. Dafür gebe es eine ganze Reihe von Gründen, davon den wichtigsten: Sie sei unehrlich, denn sie spreche von einem menschenverachtenden Tarif. Wer so etwas sage, wolle kein Moratorium, sondern die Verhinderung des Tarifs. Komme hinzu, dass in dieser Moratoriumsbewegung auch gesundheitspolitische und gewerkschaftliche Anliegen vermisch werden würden. Ein viel grösseres Problem sei hingegen die Umsetzung dieser KVG-Revision in den Kantonen. Viel wichtiger sei demzufolge, was z.B. Ignazio Cassis/ZV im Nationalrat angeregt habe, nämlich die Einsetzung einer Task Force auf Bundesebene, damit die Umsetzung in den Kantonen richtig erfolge. Seine Frage an *I. Cassis/ZV* nach dem Stand dieser Task-Force-Initiative beantwortet dieser, der Bundesrat habe auf eine Umsetzung verzichtet und vielmehr vorgeschlagen, dass verwaltungsintern versucht werden solle, die gleiche Zielsetzung zu erreichen. Grösstenteils sei es aber dafür schon zu spät gewesen, weil die meisten Kantone bereits legifert hätten.

Christoph Aebi (Pmh) möchte wissen, ob es stimme, dass die Tarifstruktur Version 1.0 den Spitälern nicht zur Verfügung stehe, um Simulationen durchzuführen. *P.-F. Cuénoud/ZV* antwortet, dass diejenige Version, welche dem Bundesrat eingereicht wurde, die gesamte Theorie enthalte. Darauf basierend müsse anschliessend die Praxis angepasst werden, damit sie von der Spitalbuchhaltung genutzt werden könne. Dieser zweite Teil sei im Moment noch nicht verfügbar, werde aber kommen.

J.-P. Grillet/GE und *M. Matter/GE* unterstützen beide das Moratorium, *Urs Stoffel/ZH* möchte vom VSAO wissen, was dieser sich denn von einem Moratorium erhoffe.

Ch. Bosshard/VSAO weist zunächst auf die standpolitische Interessenvertretungsaufgabe der FMH hin. Der VSAO habe 18000 Mitglieder, davon seien 12000 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in Weiterbildung. Damit würden sich ab und an auch mal arbeitsrechtliche Fragen ergeben. Die FMH habe die Anliegen der Allianz DRG-Personal zusammen mit H+ erfreulicherweise klar unterstützt. Der VSAO erwarte jetzt von der FMH, dass sie jene klare Stellungnahme auch weiterziehe. Zur Frage von *U. Stoffel/ZH* bezüglich Erwartungen an ein Moratorium stellt *Ch. Bosshard/VSAO* klar, dass der VSAO in keiner Weise der Meinung sei, DRG selbst sei menschenverachtend. Das Problem liege in der aktuellen Umsetzung, vor allem aber auch in der nicht erfolgten Umsetzung der 2009 verlangten flankierenden Massnahmen. Mit dem Moratorium wolle der VSAO jetzt der Politik das klare Signal geben, es könne so nicht einfach weitergegangen werden.

C. Moll/VLSS erwähnt, die Frage des Moratoriums sei in ihren Reihen differenziert überlegt worden und man habe auch Sympathien dafür, denn es würde letztlich den maximalen Druck aufsetzen. Dass die *Erklärung* keine terminliche Verpflichtung enthalte (was von einigen Interpellanten während der Diskussion kritisiert wurde), sei aber einfach der Weg des politisch Machbaren, man dürfe sich nicht auf eine Konfrontation mit Politikern und Kantonen einlassen. Er halte die *Erklärung* mit ihren klaren politischen Forderungen als politisch machbaren Weg, den zu gehen angezeigt sei, und nicht denjenigen des Moratoriums. Im Übrigen würde die *Erklärung* auch von den Moratoriums-Exponenten – *Christian Hess* und seiner Gruppierung – unterstützt, mit welchen man immer in Kontakt gewesen sei.

Der *Präsident J. de Haller* bekräftigt, wie dankbar man der Gruppe für ihre Arbeit auf Niveau Delegiertenversammlung sei, denn das Papier mit der Gruppierung der Moratoriumsbefürworter zu diskutieren und schliesslich deren Unterstützung zu erlangen, sei ausserordentlich wichtig gewesen. Vor der Abstimmung, bei der es zunächst um Zustimmung oder Ablehnung der *Erklärung* geht, anschliessend, sofern angenommen, um die vom VSAO gewünschte Ergän-

zung sowie schliesslich um den VSAO-Antrag Nr. 2a zu Traktandum 6, bittet er P.-F. Cuénoud um das Schlusswort.

P.-F. Cuénoud/ZV erinnert an seine Präsentation und gibt nochmals zu bedenken, dass man wissen müsse, an welcher Stelle man sich platziere. Das Moratorium, so wie es von seinen Initianten dargestellt werde, verlange, dass SwissDRG nicht eingeführt werde, es verlange hingegen nicht, dass die neue Spitalfinanzierung nicht eingeführt werde. Das sei ein gewaltiger Unterschied: Mit der Annahme des Moratoriums werde die Nichteinführung von DRG, zumindest von SwissDRG, verlangt. Aber alle andern Probleme, die er aufgezeigt habe, würden damit nicht gelöst, und die seien wahrscheinlich sehr viel wichtiger und würden uns viel mehr wehtun, wenn man dafür keine Lösung finde. Zudem, etwas politischer betrachtet, sähe er sich bei einer Annahme des Moratoriums in den nächsten Monaten in schlechten Schuhen, um als glaubwürdiger Gesprächspartner innerhalb der Allianz zu gelten, welche die dringlichen ergänzenden Übergangsbestimmungen zum Scheitern bringen wolle.

Danach unterbreitet der *Präsident* der Ärztekammer zunächst *Antrag Nr. 1 zu Traktandum 6*, beinhaltend die «*Erklärung der FMH zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1.1.2012*», zur Abstimmung:

Die Ärztekammer *genehmigt Antrag Nr. 1 zu Traktandum 6* einstimmig, ohne Gegenstimmen, bei 34 Enthaltungen, und stimmt damit der *Erklärung der FMH* zu.

Anschliessend nimmt die Ärztekammer zu der vom VSAO verlangten Ergänzung der *Erklärung* Stellung:

Die Ergänzung mit folgendem Wortlaut «*Die Sicherung der Arbeitsbedingungen und die für eine qualitativ gute Versorgungsleistung notwendigen Personalbestände bei der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung sind gewährleistet*» wird mit grosser Mehrheit, bei 5 Gegenstimmen und 10 Enthaltungen, *angenommen*.

Schliesslich *lehnt* die Ärztekammer *Antrag Nr. 2a zu Traktandum 6*, welcher die *Unterstützung des DRG-Moratoriums* verlangt, mit 53 Ja gegen 75 Nein, ohne Enthaltungen, *ab*.

Ch. Bosshard/VSAO liegt daran zu erklären, weshalb sich der VSAO bei der Abstimmung über Antrag Nr. 1 zu Traktandum 6 der Stimme enthalten hat: Wäre vorher über die Ergänzung zu der *Erklärung* abgestimmt worden, hätten die Delegierten des VSAO das gesamte Papier selbstverständlich auch unterstützen können.

Revision KVG zur Integrierten Versorgung

Zu diesem Traktandum liegen zwei Anträge des VSAO sowie ein Antrag der Ärztesgesellschaft des Kantons Baselland vor.

Homayon Chaudhry/VSAO erhält das Wort zur Begründung der VSAO-Anträge. Am Vorabend zur Ärztekammer hat, wie üblich, das standespolitische Seminar des VSAO stattgefunden. Dabei wurde festge-

stellt, dass es keinen Sinn macht, zwei de facto in die gleiche Richtung weisende Anträge zu präsentieren. Der *Antrag Nr. 1 zu Traktandum 7* wurde deshalb *modifiziert*. Er liegt nun unter der neuen Nr. 1a mit folgendem Wortlaut vor:

«*Die Ärztekammer fällt den Grundsatzentscheid, dass sich die FMH konsequent gegen eine vom Parlament geplante Abschaffung der freien Arztwahl mit dem sogenannten differenzierten Selbstbehalt, zwingende Budgetmitverantwortung, Vertragsfreiheit und Aushöhlung des Patientengeheimnisses stellt.*

Die FMH setzt sich aktiv und nachweislich für dieses Ziel ein, was die Unterstützung eines allfälligen Referendums gegen eine derart gestaltete Managed-Care-Vorlage beinhaltet.

Sollte die Ärztekammer diesen Antrag annehmen, so wird die FMH diese Entscheidung per Pressemitteilung kommunizieren.»

Der *Antrag Nr. 2 zu Traktandum 7*, eingereicht von Ch. Bosshard/VSAO, wird *zurückgezogen*.

H. Chaudhry/VSAO weist darauf hin, dass es keinesfalls um eine Abstimmung gegen Managed Care gehe, denn Managed Care gebe es, gut funktionierend, in der Schweiz. Dem VSAO gehe es darum, eine Diskussion innerhalb der Ärztekammer und der FMH-Mitglieder anzustossen und es gehe ihm um die Unterstützung eines Referendums.

Konkret wehre sich der VSAO gegen die in der Gesetzesvorlage enthaltene (de facto) flächendeckende Einführung, einen Zwang zu Managed Care. Die existierenden MC-Modelle seien nicht Gegenstand dieses Antrages. Ebenso sei es die freie Entscheidung jedes Patienten, ob er sich einem MC-Versicherungsmodell anschliessen wolle oder nicht. Für den VSAO inakzeptabel seien die differenzierten Selbstbehalte, bei welchen Patienten, die sich keinem MC-Modell anschliessen, finanziell bestraft würden. Gerade in der heutigen Zeit könnten sich viele Patienten dies schlicht nicht leisten. Der VSAO wehrt sich auch gegen die Budgetmitverantwortung, die letzten Endes zu einer verdeckten Rationierung führe, denn die Ärzte würden zur Risikoselektion gedrängt. Es genüge, nach Deutschland zu schauen, wo sich die Ärzteschaft nach Verfliegen der anfänglichen Euphorie inzwischen zum Teil sehr gegen die MC-Modelle ausspräche. Weiter werde das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gefährdet, weil medizinische und ökonomische Verantwortung nicht mehr getrennt seien. Auch könnten Konflikte zwischen verschiedenen Leistungserbringern innerhalb der Ärztenetze selbst entstehen. Eine Spaltung der Ärzteschaft zwischen Grundversorgern und Spezialisten sehe man ja jetzt schon. Ein Problem stellt für den VSAO auch die Vertragsfreiheit dar: Krankenkassen würden eigenmächtig bestimmen können, mit welchen (kostengünstigen) Ärztenetzen sie Verträge abschliessen wollen. Der Kontrahierungszwang würde so weiter ausgehöhlt. Schliesslich gibt es noch das Problem des Datenschutzes: Der zur «Optimierung» der Be-

handlungen geforderte Datenaustausch innerhalb der Netzwerke, Stichwort «gläserner Patient», schwäche das Patientengeheimnis, die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Nach Meinung des VSAO ist die Vorlage nicht durchdacht, die Schweiz würde damit ein Modell übernehmen, das gescheitert ist. In Skandinavien, Grossbritannien, den Niederlanden komme man von der Abschaffung der freien Arztwahl ab, insbesondere weil dies zu langen Wartezeiten führte, gegen die sich die Patienten gewehrt hätten. Lange Wartezeiten seien bei allen flächendeckenden MC-Netzwerken zu beobachten. Schliesslich, und davon ist der VSAO überzeugt, sei flächendeckendes Managed Care nun wirklich eines der schlechtesten Mittel, um die Hausärzte zu stützen.

Tobias Eichenberger/BL erläutert anschliessend seinen *Antrag Nr. 3 zu Traktandum 7*, mit welchem er, im Falle einer Annahme von Antrag Nr. (jetzt neu) 1a des VSAO, diesen Antrag der Urabstimmung unterbreiten will. Auch er betont, dass sich das Engagement der Ärztesgesellschaft Baselland gegen die Gesetzesvorlage in keiner Art und Weise gegen die aktuell existierenden Ärztenetzwerke und gegen die Hausärzte richte. Im Gegenteil, die Initiative zum Antrag sei aus den Hausärztekreisen seines Kantons gekommen. Über 50% der Hausärzte im Kanton BL – das sei wahrscheinlich in weiten Teilen der Schweiz auch so – seien in Organisationen, Netzwerken mit und ohne Budgetverantwortung organisiert, Tendenz steigend. Diese Entwicklung werde vom Vorstand auch gefördert, weil sie freiwillig, freiwillig und sehr physiologisch sei. Aber selbst der Initiator und Geschäftsführer des Hausärztenetzes Nord-West sei der Vorlage gegenüber kritisch eingestellt. Die Hausärzte wollten ihre Netzwerke selbstständig, in eigener Regie entwickeln, aber keine flächendeckende Vorlage. *T. Eichenberger* lädt deshalb die Delegierten ein, den Antrag von H. Chaudhry/VSAO zu unterstützen.

Der *Präsident* bittet darum, die Wortmeldungen etwas kürzer zu halten, damit man wirklich alle Meinungen hören könne. Er erteilt vorerst das Wort an Ignazio Cassis/ZV für einen Überblick über den aktuellen Stand der Vorlage im Parlament.

Zu Beginn seiner Präsentation zeigt *I. Cassis/ZV* die Entwicklung der Gesetzesvorlage, die eigentlich bereits 2004 begonnen hat, dann aber für 5 Jahre in einer Schublade beim Ständerat verschwand. Zum Vorschein kam sie wieder im April 2009 in Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Seither wird die Vorlage zwischen Nationalrat und Ständerat hin- und hergeschoben. Die dritte Beratung im Ständerat findet am 30. Mai 2011 statt, am 23. Juni kommt die Vorlage in die SGK-N, und der Nationalrat schliesslich berät darüber zum dritten und letzten Mal in der kommenden Herbstsession. Das heisst, dass die Einigungskonferenz zwischen National- und Ständerat ebenfalls in der Herbstsession vom September stattfindet. Die Schlussabstimmung wird gegen Ende September durchgeführt. Variante A:

Das Parlament blockiert das Gesetz, dann ist das Thema vom Tisch. Variante B: Die Vorlage geht durch und es besteht die Möglichkeit, dass das Referendum innerhalb von drei Monaten nach der offiziellen Publikation ergriffen wird. Die Unterschriftensammlung kann frühestens etwa im Zeitpunkt der Parlamentswahlen gegen Mitte Oktober beginnen. Je nach Ausgang der Referendumsabstimmung tritt das Gesetz nicht in Kraft oder dann frühestens am 1. Januar 2013. In drei Punkten gibt es noch Differenzen zwischen Ständerat und Nationalrat: bei der Angebotspflicht für die Versicherer, bei der Unabhängigkeit der Netze (und der Ärzte) und beim differenzierten Selbstbehalt. Der verbesserte Risikoausgleich hingegen, wie er von der Ärztekammer wiederholt gefordert wurde, ist in der Vorlage enthalten.

Was die Unabhängigkeit der Netze betrifft, scheint zumindest der Ständerat diesen Artikel 12 Abs. 5 («Krankenkassen führen keine Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten und beteiligen sich nicht finanziell an solchen Einrichtungen») streichen zu wollen. *I. Cassis* wird versuchen, ihn im Nationalrat wieder einzubringen. Persönlich glaubt er jedoch, dass der Nationalrat hier dem Ständerat folgen und den Artikel auch streichen wird.

Die Unabhängigkeit der Netzwerke, auch festgehalten in Artikel 13 Abs. 2 g (Die Versicherer müssen insbesondere ... «alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern für ihre Versicherten *in ihrem gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich flächendeckend* eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anbieten, welche die Leistungen von integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c, *welche sich unabhängig von den Versicherern organisieren*, umfassen.») wurde vom Ständerat ebenfalls ganz gestrichen mit der Begründung, es gäbe seit 20 Jahren Ärztenetzwerke (mehr als 1 Mio. Versicherte, mehr als die Hälfte der Hausärzte sind in der einen oder andern Form in Managed-Care-Modellen) und mehrere davon gehörten ganz oder teilweise Versicherern. Man wolle hier deshalb keine Revolution, da es ja, pragmatisch gesehen, gut funktioniere. Was hingegen das flächendeckende Angebot von MC-Versicherungsformen betrifft, ist auch dies vom Ständerat gestrichen, aber inzwischen teilweise wieder in die Übergangsbestimmungen aufgenommen worden.

Die dritte Differenz betrifft die Kostenbeteiligung, Art. 64 Abs. 1–2bis:

«¹ Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus: a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und b. 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt); vorbehalten bleibt Buchstabe c; c. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für Versicherte, die im Rahmen einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden.

^{2bis} Die Versicherer können auf die Erhebung der Kostenbeteiligung für Leistungen, die im Rahmen einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden, ganz oder teilweise verzichten.»

Nach Einschätzung von *I. Cassis/ZV* besteht im Nationalrat ein grosser Wille, die 10 Prozent (wie aktuell) beizubehalten, was allerdings nur für Versicherte innerhalb von integrierten Versorgungsnetzen gilt. Für Versicherte ausserhalb der integrierten Versorgung würde der Selbstbehalt 20% betragen. Der Ständerat möchte diese Beteiligung auf 7,5% innerhalb der integrierten Versorgung und 15% ausserhalb senken, was voraussichtlich am 30. Mai 2011 im Parlament bestätigt werden wird.

Viel wichtiger als die Kostenbeteiligung in Prozenten ist nach *I. Cassis/ZV* der Höchstbetrag der Franchise, Art. 64 Abs. 3 und 3bis:

«³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise.

Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beträgt 1000 Franken.

Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt für Versicherte, die einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41c angehören, beträgt maximal 500 Franken.

^{3bis} Der Bundesrat kann die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehaltes nach Absatz 3 der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen.»

Die Idee des Ständerats ist zurzeit, dass jeder Schweizer Bürger, wenn er in einem integrierten Versorgungsnetz versichert ist, eine Franchise von max. 500 Franken pro Jahr bezahlen muss, wer jedoch ausserhalb der integrierten Versorgung versichert ist, müsste max. 1000 Franken pro Jahr Franchise bezahlen. (Heute beträgt die jährliche Franchise 700 Franken pro Jahr.) Konkret bedeutet dies eine höhere Belastung des Schweizer Bürgers um 300 Franken pro Jahr, wenn er nicht in ein integriertes Versorgungsnetz eintreten will.

Zu den Übergangsbestimmungen: Wie vorher erwähnt, wurde die Angebotspflicht für Versicherer, zum Teil jedenfalls, wieder aufgenommen. Die Bestimmung lautet:

«*Bis zum Inkrafttreten neuer Bestimmungen, längstens aber bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Revision, kann der Bundesrat die Versicherer dazu verpflichten, alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern für ihre Versicherten eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anzubieten, die die Leistungen von integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c umfassen.*

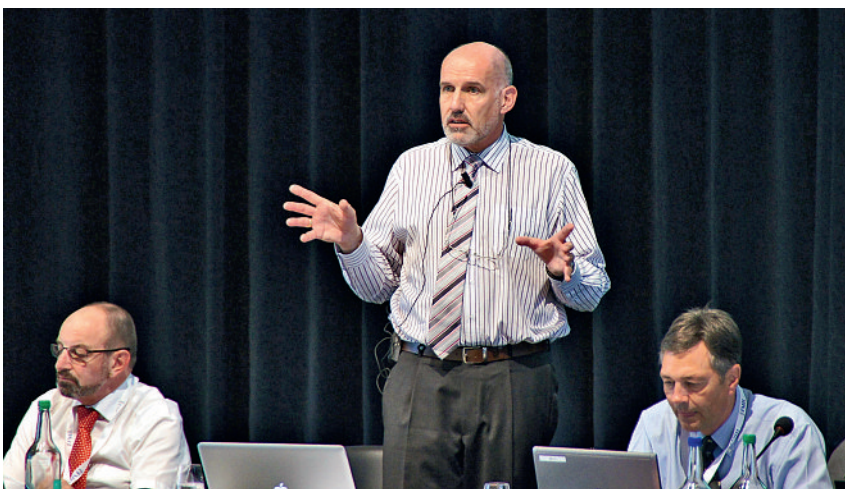
Der Bundesrat kann die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 b und c in den Kantonen, in denen die Massnahme noch nicht anwendbar ist, sistieren. In diesen Kantonen gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent.»

Das Angebot von Versicherungsformen der integrierten Versorgung ist also nicht mehr eine obligatorische Verpflichtung, sondern der Bundesrat kann dies entscheiden, falls es nicht so läuft, wie man es sich wünscht.

Der *Präsident* bedankt sich für diese Aufdatierung und gibt die Diskussion wieder frei.

Ch. Bosshard/VSAO bekräftigt, dass der VSAO immer die integrierte Versorgung unterstützt habe, jedoch nicht in der Form, wie sie aktuell im Gesetzesentwurf vorliege.

M. Müller/KHM erinnert die Delegierten daran, dass sich die jetzige Vorlage ganz schwergewichtig auf die Thesen der FMH abstützt, welche die Ärztekammer vor ein paar Jahren genehmigt hat. Er bekräftigt weiter, dass aus Sicht der Hausärzte die integrierte Versorgung die Stellung des Hausarztes stärken wird, mehr noch: Die integrierte Versorgung sei eine Bedingung für die Hausärzte zur Einführung von DRG, denn man könne nur beobachten und Einfluss nehmen auf allfällige Fehlentwicklungen der DRG bei den Verschiebungen zwischen stationär und ambulant, wenn es jemanden gibt, der dieses System auch ein wenig steuere. Es gebe für die Hausärzte allerdings einige Kriterien, die unabdingbar seien – in den Anträgen sei davon nichts zu lesen –, worunter das Allerwichtigste, dass der Risikoausgleich in der Vorlage verbleibe und nicht – wie der Ständerat dies wollte – herausgebrochen werde. Ein weiterer sehr wichtiger Punkt, der auch viele der gehörten Argumente entkräften würde, sei die Unabhängigkeit der Netzwerke. Er sei aber klar der Meinung, dass es viel zu früh sei, heute schon definitiv die Unterstützung eines Referendums zu beschliessen. Die Gesetzesvorlage liege heute noch nicht definitiv vor, sie werde noch massiven Veränderungen unterworfen, sofern das Parlament sie nicht sogar ganz bachab schicke. Die FMH handle sich ein gewaltiges Glaubwürdigkeitsproblem ein, wenn sie hier und jetzt bei einer Vorlage, die nota bene auf ihren Thesen beruhe, Gegensteuer gebe, bevor sie die Endversion der Vorlage kenne. Er schlägt vor – und dies sei auch die Haltung der Hausärzte Schweiz –, die Anträge auf ein Referendum abzulehnen und die



Die Ärztekammer wird vom Präsidenten, Dr. med. Jacques de Haller, geleitet.

Delegiertenversammlung zu beauftragen, einen Entscheid über die Position der FMH zur Gesetzesvorlage zu fällen, sobald diese in ihrer definitiven Version vorliege. Alles andere mache keinen Sinn.

Didier Châtelain/GE erklärt, dass die Genfer Ärztesgesellschaft/AMG, aufgrund einer Ende 2010 durchgeführten Mitgliederumfrage sowie einer ausserordentlichen Generalversammlung, grossmehrheitlich den Antrag H. Chaudhry/VSAO unterstütze, und fügt als Präsident der Vereinigung Genfer Hausärzte hinzu, dass auch diese mehrheitlich den Antrag unterstützten. Seiner Meinung nach wäre man naiv, wenn man mit dem heute vorliegenden Gesetzestext einverstanden wäre. Wie auch immer die unterschiedlichen Kostenbeteiligungen für die Versicherten festgelegt würden, diese Gesetzesvorlage werde dazu führen, dass die Patienten/Versicherten nur so in die integrierten Versorgungsnetze strömen würden. Zudem sei die vielleicht zu Beginn noch gute Idee von Managed Care inzwischen vom Parlament grösstenteils entartet und in eine falsche Richtung getrieben worden – besonders zu erwähnen: der Verlust der Unabhängigkeit der Ärzte in der Führung ihres Netzwerkes. Dies aber sei absolut unabdingbar, sogar die Hausärzte Schweiz hätten dies als rote Linie bezeichnet, die man nicht überschreiten dürfe.

Für *Jörg Fritschi, Präsident des Dachverbandes der Schweizer Ärztenetze Med-Swiss.Net*, ist nun die Zeit für eine Gegendarstellung zu den bis jetzt wiederholt angeführten Argumenten gekommen. Er frage sich, woher denn die Herren Eichenberger und Chaudhry wüssten, was den Ärztenetzen guttue, und er sei auch erstaunt, wie viel über Ärztenetze berichtet werde von Leuten, die eigentlich gegen diese Managed-Care-Vorlage seien. Im Antrag Chaudhry seien diverse falsche Aussagen zu den Managed-Care-Modellen in der Schweiz enthalten, die unbedingt einer Richtigstellung bedürften. Mit den erwähnten Wartezeiten desavouiere der Antragssteller die rund 80 Ärztenetze in der Schweiz und damit rund 4500 Hausärztinnen und -ärzte mit zum Teil bis zu 15-jähriger Managed-Care-Erfahrung. Er gibt drei Punkte besonders zu bedenken. Erstens: Managed Care in den USA oder in Deutschland – fälschlicherweise würden diese zum Vergleich immer wieder herangezogen – seien ganz andere Systeme. Man solle sich doch heute auf das Schweizer System konzentrieren. Zweitens: Budget sei nicht gleich Budget: Es gebe das virtuelle Budget, welches nicht ausbezahlt werde, und das ausbezahlte Budget, z.B. die DRGs. Dieser Unterschied sei absolut relevant. Drittens: Wer nicht manage, werde gemanaged. Man könne abseits stehen und Managed Care den Ökonomen überlassen, oder man könne eine aktive Rolle übernehmen, die eigene Verantwortung einfließen lassen, wozu auch der ökonomische Aspekt der ärztlichen Arbeit gehöre. Die heutige gesetzliche Grundlage für Managed Care sei in Art. 41 Abs. 4 enthalten, der wie folgt laute: *«Die Versicherten können ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschrän-*

ken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.» Damit werde Managed Care als Billigprodukt definiert, die Versicherer wählten die Ärzte aus. Von dieser Macht hätten die Versicherer nur deshalb noch nicht Gebrauch gemacht, weil mit dem heutigen schlechten Risikoausgleich die Jagd nach gesunden Versicherten lukrativer sei als Managed Care. Mit der Verbesserung des Risikoausgleiches werde dies wohl ändern. Weshalb ein neuer Artikel? Managed Care solle endlich auf einem Vertrag basieren, Vertragspartner seien die integrierten Versorgungsnetze und die Versicherer. Dies sei die zentrale Verbesserung der Vorlage. Die Kernfrage, die man sich im Zusammenhang mit der Vorlage stellen müsse, laute: Soll die Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht koordiniert werden, oder soll das ambulante Gesundheitswesen nach wie vor nach dem Selbstbedienungsprinzip funktionieren, dies in einer Zeit der immer komplexer werdenden Medizin? Der Koordinator sei der Leistungserbringer und, wenn wir Ärzte aktiv mitgestalten, also die Ärzteschaft. Die freie Arztwahl werde nicht abgeschafft. Innerhalb des Ärztenetzes könnten die Patienten problemlos jederzeit wechseln. Mit dem differenzierten Selbstbehalt solle ein Anreiz geschaffen werden, in die Netze einzutreten. Es sei doch nicht verwerflich, wenn kooperierende Patienten belohnt würden. Die zu bezahlende Differenz sei nicht teurer als ein halber Café crème oder 4 Zigaretten. Nicht der prozentuale Anteil sei entscheidend, sondern der Betrag. Die Angst vor der zwingenden Budgetmitverantwortung, Budgetrestriktion, Rationierung usw. sei nicht berechtigt. Das zeigten 15 Jahre Erfahrung mit Managed Care. Jedes Budget sei verhandelbar. Beispiel: Ein Luzerner Ärztenetz habe 2009 den Vertrag mit einer grossen Versicherung gekündigt. 2010 hat dieses Ärztenetz wieder einen anständigen Vertrag erhalten. Der Ausdruck «Kassendiktat» sei aus der Phantasie gegriffen. In der Schweiz sei das Budget ein virtuelles Kostenziel. Der budgetierte Betrag sei nicht gleich Vergütungsform. Deshalb gebe es auch keine Rationierung. Die Netzärzte verrechneten ihre Leistungen nach wie vor mit dem Einzelleistungstarif, weshalb auch die Angst vor einem im Oktober aufgebrauchten Budget, die Angst vor dem Sparen auf dem Buckel des Patienten unbegründet sei. Zum befürchteten Qualitätsverlust: Managed Care heisse gezielt koordinieren, um Komplikationen und Hospitalisationen zu ersparen. Der Arzt müsse sich also die Frage stellen, was ruhigen Gewissens weggelassen werden kann, ohne zu schaden. Eine legitime Frage. Schliesslich sei, so der Redner, das auch heute wiederholt gehörte Lippenbekenntnis, man sei nicht gegen Managed Care, sondern nur gegen die Vorlage, ein Argument, das nicht verfangen. Die Vorlage sei, angesichts der starken Flügelparteien, im Moment der bestmögliche Kompromiss. Werde die neue Vorlage abgelehnt, dann bleibe der heutige Art. 41 Abs. 4 in Kraft. Dann würden sich die Versicherer nur noch auf den Leistungseinkauf konzent-

rieren, womit der Druck auf die Ärzte massiv zunehmen werde. *J. Fritschi/Med-Suisse.net* plädiert aufgrund seiner Ausführungen dafür, die Anträge abzulehnen.

Angesichts der noch zahlreichen Wortmeldungen, sieht sich der *Präsident* an dieser Stelle gezwungen, die Redezeit auf 3 Minuten zu beschränken; diese Massnahme wird von den Delegierten mit Applaus unterstützt. Befürworter, welche die eingereichten Anträge unterstützen wollen, und Gegner, welche davon abraten, heute einen definitiven Entscheid zum vorliegenden Gesetzesentwurf zu fällen, wechseln sich ab.

Auf die Frage von *Hans Ulrich Iselin/AG*, was denn von den heute gehörten Argumenten am meisten Druck auf das Parlament ausüben könnte, antwortet *I. Cassis/ZV*, seiner Einschätzung nach habe man nur noch bei der Unabhängigkeit der Netze Handlungsspielraum.

Der *Präsident* erläutert anschliessend die bevorstehende Abstimmung. *Antrag Nr. 1 zu Traktandum 7* verlangt den Grundsatzentscheid der Ärztekammer, gegen den Gesetzesentwurf, wie er heute vorliegt, zu opponieren und ein Referendum zu unterstützen. Er erinnert daran, dass gemäss Statuten (Art. 37), der Entscheid der Ärztekammer betreffend Referendum an die Delegiertenversammlung überwiesen werden muss, welcher die Kompetenz für die Beteiligung an einem Referendum gemäss *Antrag Nr. 1* zukommt. Er weist darauf hin, dass mit der Annahme dieses Antrags die FMH blockiert wird. Der *Antrag* enthalte Punkte, die bereits definitiv in der Gesetzesvorlage drin seien und im Parlament nicht mehr zur Diskussion stünden. Der *Antrag* entspreche de facto einer definitiven Ablehnung des Gesetzes, womit der FMH für die noch verbleibenden Monate sämtliche Hebel und Druckmittel zum Verhandeln genommen würden.

Antrag Nr. 2 zu Traktandum 7 verlangt eine Urabstimmung über den Inhalt von *Antrag Nr. 1*, sofern dieser angenommen wird.

T. Eichenberger/BL möchte, dass über seinen *Antrag* zuerst abgestimmt wird, denn er denke, die geforderte Urabstimmung, die bestimmt umstritten sei, bedürfe einer gewissen Erklärung. Die Urabstimmung sei für die KG Baselland das entscheidende basisdemokratische Instrument, das einzusetzen selten falsch sei. Weiter gebe es Kritik an der FMH-Spitze in der Basis seines Kantons, es herrsche eine grosse Verunsicherung. Die Urabstimmung habe einen positiven Impact auf die Legitimation der Führungsgremien, die Begleitdiskussion, die sich im Rahmen einer Urabstimmung ergebe, führe zu einem besseren politischen Verständnis der Basis und erhöhe deren Engagement, und schliesslich werde es ohne Urabstimmung immer Stimmen gegen den heutigen Entscheid geben. Die Urabstimmung sei deshalb wichtig für die Einheit der FMH.

Der *Präsident* bemerkt, *Antrag Nr. 2 zu Traktandum 7* sei, seinem Wortlaut gemäss, von einer Annahme des *Antrags Nr. 1* abhängig, und schreitet anschliessend zu Abstimmung.

Antrag Nr. 1a zu Traktandum 7 von H. Chaudhry/VSAO wird mit 71 zu 63 Stimmen angenommen. Er wird an die Delegiertenversammlung überwiesen.

Antrag Nr. 3 zu Traktandum 7 von T. Eichenberger/BL wird mit grosser Mehrheit angenommen.

Ch. Bosshard/VSAO interveniert und bittet um Auszählung der Stimmen, da es für den Beschluss einer Urabstimmung eine $\frac{2}{3}$ -Mehrheit braucht.

Die Auszählung durch die Stimmzähler ergibt 121 Ja, 23 Nein, 2 Enthaltungen.

Die Sitzung wird um 12.35 Uhr für die Mittagspause unterbrochen.

Sie wird um 13.25 Uhr wieder aufgenommen.

Der *Präsident* kommt auf die von der Ärztekammer am Vormittag gefällten Beschlüsse zurück, welche Konsequenzen für die FMH haben, die einige der Ärztekammerdelegierten für extrem problematisch erachten. Für ihn geht es um die grundlegende Frage, ob die FMH eine professionelle Organisation sein will, die ihren Platz halten will, die agieren und reagieren und die Ärzteschaft glaubwürdig vertreten kann. Zahlreiche Redner verlangen dazu das Wort.

Stellvertretend sei an dieser Stelle das Votum von *Urs Stoffel/ZH* erwähnt: Er zeigt sich erschüttert über das, was dieses Parlament am Vormittag beschlossen hat, und fragt sich, ob sich die Ärztekammer über die Konsequenzen ihrer Beschlüsse wirklich im Klaren ist. Zunächst mit dem *Antrag Gurr* und dann mit den *Anträgen zu Managed Care* habe sich die FMH aus allen gesundheitspolitischen Traktanden verabschiedet. Er zitiert aus dem *Antrag Gurr*: «Bei Meinungsverschiedenheiten ist eine Mitgliederbefragung oder eine Urabstimmung durchzuführen.» Für ihn heisst das: Die Ärztekammer ist eine Spielgruppe, die zwar diskutieren kann. Letztlich wird eine Umfrage oder eine Urabstimmung gemacht, und was dort herauskommt, muss dann von der FMH nach aussen vertreten werden. In der Strukturreform habe man versucht, die Strukturen so anzupassen, damit die FMH schlagkräftig und schnell handeln und zu brennenden gesundheitspolitischen Fragen Antworten liefern und Stellungnahmen abgeben könne. Diesen *Ast* habe sich die Ärztekammer heute selber abgesägt. Die *Managed-Care-Vorlage* sei blockiert, die FMH könne keinen Einfluss mehr nehmen, obwohl, wie mehrfach gesagt, man auf ein laufendes «Verfahren» mit geschicktem Taktieren Einfluss hätte nehmen können. Jetzt werde eine Urabstimmung angesetzt, deren Ergebnis tel quel nach aussen hin vertreten werden müsse. Dies sei nicht der Druck, den es brauche, um die *MC-Vorlage* in die richtige Bahn zu lenken. Selbstkritisch stellt der *Votant* fest, er habe nicht damit gerechnet, dass man in diesem Parlament so engstirnige Entscheide fälle und sich damit selbst abschaffe.

H.-U. Iselin/AG stellt einen formellen Rückkommensantrag auf den *Antrag von H. Chaudhry/VSAO*. Sollte dieser *Antrag* in einer Urabstimmung durchkommen, bedeute das, dass die FMH sich verpflichte,

in jedem Fall das Referendum gegen die Vorlage zu ergreifen, die gegenüber dem Status quo klare Verbesserungen bringe.

Im späteren Verlauf der Sitzung stellt *H.-U. Iselin* noch einen Zusatzantrag: Sollte sein Antrag auf Rückkommen angenommen werden, sei die Delegiertenversammlung zu beauftragen, einen Gegenvorschlag zum Antrag *Chaudhry*, welcher im Grunde einer Initiative entspreche, auszuarbeiten, welcher differenzierter sei und genau die Eckwerte festlege, welche für oder gegen ein Referendum sprechen.

Zahlreiche Redner melden sich anschliessend zum eingebrachten Rückkommensantrag zu Wort. Für *H. Chaudhry/VSAO* sind die Unterlegenen schlechte Verlierer. Zu einer Demokratie gehöre, dass man Abstimmungen durchführe und die unterlegene Partei das Ergebnis respektiere.

Dem widersprechen einige Redner wie *Hans-Jakob Riedtmann/ZH*: Zu einer Demokratie gehöre wohl das Respektieren von Abstimmungen, genauso aber gehöre zur Demokratie, dass man darauf zurückkommen könne.

Bevor der *Präsident* noch weiteren Rednern das Wort gibt, hält er fest, dass im Herbst definitiv eine ausserordentliche Ärztekammer stattfinden wird, denn es bleibe heute kaum Zeit für alle Traktanden. Es sei jetzt wichtiger, mehr Zeit für die Diskussion über den Rückkommensantrag zu Managed Care zu haben.

H. Chaudhry/VSAO insistiert, dass ein formelles Begehren von 7 Kantonalen Ärztesellschaften und Fachgesellschaften, nämlich Genf, Schaffhausen, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Ophthalmologie, Dermatologie und ORL, für eine Urabstimmung über seinen Antrag Nr. 1a zu Traktandum 7 vorliege. Nach FMH-Statuten brauche es dafür drei bis fünf.

Der *Präsident Jacques de Haller* präzisiert, was betreffend Urabstimmung in den Statuten (Art. 24

Abs. 1) steht: «*Ein nicht als dringlich erklärter Beschluss der ÄK (nach Art. 33 Abs. 6) wird den Mitgliedern zur Urabstimmung unterbreitet ...*».

Für *Ph. Vuillemin/VD* ist inakzeptabel, dass die in der Vormittagsabstimmung Unterlegenen als schlechte Verlierer bezeichnet werden. Er habe persönlich dem Antrag Nr. 1a zu Traktandum 7 zugestimmt, aber, wenn die Statuten der FMH vorsähen, eine Abstimmung zu wiederholen bzw. auf einen Beschluss zurückzukommen, entspreche dies der Umsetzung eines demokratischen Rechts der Ärztekammer, schlechte oder gute Verlierer hin oder her. Weiter habe er verzichtet, eine Urabstimmung zu unterstützen. Er sei, wie andere, seit über 20 Jahren in einem Parlament und er sei sich bewusst, dass er als gewählter Parlamentarier akzeptieren müsse, ein Volksvertreter zu sein. Man müsse aber deshalb nicht ständig bei der Basis nachfragen gehen, sondern von Zeit zu Zeit auch den Mut haben, zu seiner persönlichen Verantwortung zu stehen.

I. Cassis/ZV erklärt, er habe es als Nationalrat noch nie erlebt, dass ein Referendumsentscheid komme, bevor das Parlament eine Vorlage entschieden habe. Ein Referendum werde frühestens bei der Schlussabstimmung angemeldet. Der Antrag Nr. 1a von *H. Chaudhry/VSAO* basiere auf der heute, am 26. Mai 2011, vorliegenden Version des Gesetzesentwurfes. Wenn wir jetzt eine Urabstimmung über die Frage eines Referendums Ja oder Nein durchführten, hätten wir einen Entscheid, bevor das Parlament seine Arbeit fertiggestellt habe, was zumindest unüblich sei. Wenn in der Urabstimmung ein Nein herauskomme, bedeute das, dass die FMH auch Regelungen ablehne, die heute bereits definitiv in der Vorlage drin seien, und welchen die Ärztekammer bereits mehrfach und mit jeweils überwältigendem Mehr zugestimmt habe. Dazu gehörten: 1. Verfeinerter Risikoausgleich (morbiditysbasiert). 2. Der Managed-Care-Vertrag. 3. Die Qualität: Hier konnte ein BAG-Diktat betreffend ärztlicher Qualität vermieden werden. 4. Leistungen: In den Ärztenetzen gibt es ein erweitertes Leistungsangebot, die Funktion des Vertrauensarztes, wie wir sie kennen, besteht nicht, der Vertrauensarzt ist im Netz integriert. Das bedeutet weniger Kontrolle des therapeutischen Spektrums, die Ärzte im Netzwerk sind freier in der Art und Weise, wie sie ihre Medizin machen wollen, und müssen dies niemandem gegenüber rechtfertigen. 5. Budgetmitverantwortung: Es ist korrekt, dass dies nicht als Verpflichtung, wie es das Parlament jetzt festgelegt hat, sondern als Möglichkeit in den Thesen der FMH zu Managed Care enthalten war. Aber das Parlament schreibt nicht die Art der Budgetmitverantwortung vor, sondern in der Vorlage ist die Rede von *einer Form von Budgetmitverantwortung*. Es ist also den Vertragspartnern überlassen, die Form zu bestimmen. 6. In den FMH-Thesen verlangten wir, dass integrierte Ärztenetze für alle Akteure, Leistungserbringer, Versicherer und Patienten, freiwillig sein müssen. In der Vorlage ist die Freiwillig-



Die Delegierten bestimmen die Grundzüge der Verbandspolitik und treffen die statutarischen Beschlüsse.

ligkeit für Leistungserbringer und Patienten festgehalten. Für die Versicherer ist in den Übergangsbestimmungen die Möglichkeit einer Verpflichtung nach 5 Jahren vorgesehen. Dies alles würden wir mit einem Nein aus der Urabstimmung ablehnen, obwohl es genau den FMH-Thesen entspreche. Und wir würden Nein sagen, unabhängig davon, wie die übrig gebliebenen zwei Punkte, bei welchen zwischen National- und Ständerat noch Differenzen bestünden – die Kostenbeteiligung und die Unabhängigkeit der Ärztenetze – sich entwickeln werden. I. Cassis/ZV formuliert zuhanden der Delegierten die Frage: «Wollen wir einen Entscheid Ja oder Nein auf der heute vorliegenden Version der Vorlage?» Für ihn persönlich liegt darin kein Sinn und er sieht auch keine Strategie, worauf man hinzielen will.

H. Chaudhry/VSAO stellt an dieser Stelle einen *Ordnungsantrag*, die Sitzung für 10 Minuten zu unterbrechen, damit die Organisationen, welche formell eine Urabstimmung gefordert haben, sich beraten können.

Dem *Ordnungsantrag* wird von der Ärztekammer mit 74 zu 46 Stimmen, bei einigen Enthaltungen, *stattgegeben*.

Die Sitzung wird unterbrochen und um 14.12 Uhr wieder aufgenommen.

H. Chaudhry/VSAO bestätigt, dass 7 Organisationen den Antrag auf Urabstimmung stellen. Er beantragt, dass über dieses Begehren vor dem Rückkommensantrag entschieden wird.

Der *Präsident* bittet H.-P. Kuhn, die Situation aus rechtlicher Sicht zu erläutern.

H.-P. Kuhn/stv. *Generalsekretär* bestätigt, dass die betreffenden Organisationen eine Urabstimmung über einen *Beschluss der Ärztekammer* verlangen können. Da also zuerst klar sein muss, was die Ärztekammer beschliesst, ist es logisch, zuerst über den Rückkommensantrag zu diskutieren.

Der *Präsident* unterbreitet der Ärztekammer den *Rückkommensantrag* von H.-U. Iselin/AG zur Abstimmung.

Der *Rückkommensantrag* wird mit 78 zu 69 Stimmen, bei 5 Enthaltungen *angenommen*.

Aus der anschliessenden sehr regen und engagiert geführten Diskussion, in welcher verschiedene Punkte hervorgehoben werden, welche als klare Forderung an die Adresse der Parlamentarier zu richten sind, gehen verschiedene Anträge hervor:

Antrag Nr. 4 zu Traktandum 7 von H.-U. Iselin/AG: «Die beiden Beschlüsse im Antrag 1a und 3 zu Traktandum 7 sind aufzuheben und die Thematik ist an einer a.o. ÄK-Sitzung nach Ende der parlamentarischen Entscheidungen zu diskutieren und zu entscheiden.»

Antrag Nr. 5 zu Traktandum 7, zunächst von Jürg Nadig/Med. Onkologie, inhaltlich übereinstimmend dann von P. Wiedersheim/SG eingebracht, mit folgendem Wortlaut:

«Die Unabhängigkeit der Arztpraxen und Netzwerke ist für die Akzeptanz der Managed Care-Vorlage eine zwingende Forderung.»

Antrag Nr. 6 zu Traktandum 7 von Philipp Rahm/VSAO:

«Die FMH setzt sich im Zusammenhang mit Managed Care ein:

- für die Vertragsfreiheit*
- gegen die Budgetmitverantwortung*
- gegen einen differenzierten Selbstbehalt.*

Dieser Entscheid wird publiziert.»

Der *Präsident* präzisiert, dass diese drei Punkte bereits fest in der Gesetzesvorlage verankert sind. Er schlägt deshalb vor, darüber an der a.o. Ärztekammer, nach Vorlage des definitiven Gesetzestextes, nochmals zu diskutieren.

Der *Präsident* lässt anschliessend zunächst über *Antrag Nr. 4 zu Traktandum 7* abstimmen. Er schlägt vor, diesen Antrag dem Antrag Nr. 1a zu Traktandum 7 von H. Chaudhry/VSAO gegenüberzustellen. H. Chaudhry/VSAO verlangt, dass über beide Anträge separat abgestimmt wird.

In einer ersten Abstimmung *lehnt* die Ärztekammer *Antrag Nr. 1a von H. Chaudhry/VSAO zu Traktandum 7* mit 53 zu 82 Stimmen, bei 4 Enthaltungen, *ab*.

Die Ärztekammer *genehmigt* anschliessend *Antrag Nr. 4 zu Traktandum 7 von H.-U. Iselin/AG* mit klarer Mehrheit, 6 Gegenstimmen und 10 Enthaltungen.

Antrag Nr. 5 zu Traktandum 7 von J. Nadig/P. Wiedersheim wird einstimmig, bei 2 Enthaltungen, *angenommen*.

Der *Präsident* hält hierzu fest, dass die im Antrag enthaltene klare Forderung selbstverständlich gegen aussen publiziert werden wird.

Schliesslich wird *Antrag Nr. 6 zu Traktandum 7 von Ph. Rahm/VSAO* mit grosser Mehrheit *abgelehnt*.

Damit ist dieses Traktandum beendet.

Der *Präsident* schlägt anschliessend vor, die Führungsmodelle zu behandeln. Gegen diese Änderung der Traktandenliste wird nicht opponiert.

Neue Führungsmodelle

Bevor auf das Thema eingetreten wird, gibt der *Präsident* eine Erklärung ab: Die Führungsmodelle, wie sie von der Arbeitsgruppe in den vergangenen Monaten überarbeitet wurden und anschliessend vorgestellt werden, verlangten ein sehr viel stärkeres und breiteres Engagement des Generalsekretariates, insbesondere des Generalsekretärs. Für Letzteren bedeuteten sie wesentliche Änderungen seines Aufgabengebietes, vor allem eine sehr viel stärkere Präsenz in politischer und kommunikativer Hinsicht. Dies habe Daniel Herzog bewogen, sich auf den 1. September 2011 eine andere berufliche Herausforderung zu suchen. Er werde auf den 31. August 2011 aus der FMH austreten. Der Zentralvorstand habe sich mit der Nachfolge von Daniel Herzog befasst. Sowohl der Zentralvorstand wie die Arbeitsgruppe Führungsmodelle hätten mit der Juristin Anne-Geneviève Bütikofer Gespräche geführt und seien, auch nach einem professionellen Assessment, zur Überzeugung gelangt, dass sie eine herausragende Kandidatin für die von den Führungsmodel-

len vorgesehene neue Ausrichtung der Funktion des Generalsekretärs sei. Anne-Geneviève Bütikofer werde sich im Anschluss an den Schlussbericht der Arbeitsgruppe Führungsmodelle kurz persönlich den Anwesenden vorstellen.

U. Stoffel/ZH hat das Wort und fokussiert angesichts der vorgerückten Zeit auf das Wichtigste im Schlussbericht, insbesondere auf die darin enthaltenen «Empfehlungen der Arbeitsgruppe Umsetzung des Führungsmodells FMH an die Ärztekammer». Der gesamte Bericht lag den Sitzungsunterlagen an die Ärztekammerdelegierten bei.

Einer der Hauptdiskussionspunkte in der Arbeitsgruppe betraf das Ressort «Selbständige Ärzte», welches von der Ärztekammer als zwingend verabschiedet worden war. Trotzdem plädierte nach eingehender Diskussion in der Arbeitsgruppe eine Mehrzahl der Mitglieder dafür, dieses Ressort nicht uniform einer Person zuzuteilen, sondern Anfragen aus der Ärzteschaft und Probleme im Zusammenhang mit der niedergelassenen Ärzteschaft, die häufig verschiedene Ressorts betreffen, gezielt an das jeweils betroffene Ressort zu überweisen. Die wesentlichen und entscheidenden Ziele dieses Ressorts müssen nach Auffassung der Mehrzahl der Arbeitsgruppenmitglieder und des ZV gemeinsam im Zentralvorstand erarbeitet und umgesetzt werden, und nicht durch ein einziges Ressort.

Ein Teil der Arbeitsgruppenmitglieder war jedoch der Meinung, und stellt hier auch einen entsprechenden Antrag, dass vor allem für eine Botschaft nach aussen das «Ressort Selbständige Ärzte» unbedingt erhalten bleiben soll. Diese Gruppe, bestehend aus SMSR- und VEDAG-Mitgliedern, hat auch ein Papier zur Definition dieses Ressorts ausgearbeitet, welche dem Antrag beiliegt.

Ein wichtiger Punkt war die vom Präsidenten bereits erwähnte Stärkung des Generalsekretariates, welches die Mitglieder in der Arbeitsgruppe als eine der wichtigsten strategischen Bastionen der Ärzteschaft sehen, was wesentlich dazu beitragen wird, die Anliegen der Basis letztlich effizienter und besser umzusetzen.

Die Diskussionen in der Arbeitsgruppe gipfelten schliesslich in 11 Empfehlungen an die Ärztekammer. Man wollte in der Arbeitsgruppe nicht definitive Beschlüsse fassen, sondern Art und Weise, wie sich die Arbeitsgruppe die weitere Umsetzung vorstellt, in Form von Empfehlungen weitergeben. Auch Frau Bütikofer solle ja als Generalsekretärin die Möglichkeit und Freiheit der Umsetzung dieser Empfehlungen haben, wie sie jetzt dann von der Ärztekammer beschlossen werden.

R. Schwarz/GPK bezieht sich auf Ziff. 7 der Empfehlungen, worin ein neues Abteilungsmodell für ZV-Mitglieder im Sinne einer Grundfunktionsabteilung ZV und einer differenzierten Funktionszulage empfohlen wird. Er hat auch im Schlussbericht gelesen, dass man auf die Stundenerfassung verzichten möchte. Er bittet, im Auge zu behalten, dass dies unter Umständen Implikationen auf die Internen

Verrechnungen und die Kostenstellenrechnung der FMH haben kann.

U. Stoffel/ZH erklärt, dass mit dem neuen Modell eine Verschlankeung erreicht werden soll. Der Vorschlag sei ja im Übrigen in Zusammenarbeit mit der GPK zu prüfen und umzusetzen. Die GPK habe hier die Möglichkeit, etwaige Hürden abzubauen.

Da keine weiteren Fragen zum Schlussbericht gestellt werden, gibt U. Stoffel/ZH das Wort an Jean-Pierre Pavillon/VD weiter für die Präsentation des gemeinsamen Antrags von SMSR und VEDAG, Nr. 2 zu Traktandum 10.

Laut J.-P. Pavillon/VD waren einige Arbeitsgruppenmitglieder etwas besorgt, das Ressort «Selbständige Ärzte» verschwinden zu sehen. Erstens könnte das intern zu einem Ungleichgewicht zwischen den angestellten Ärzten, die ein eigenes Ressort haben, und der niedergelassenen Ärzteschaft führen, dies in einer Zeit, wo die institutionelle Medizin tendenziell immer wichtiger werde, sei dies nun im ambulanten oder im stationären Sektor. Würden die Probleme der Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis zudem intern von verschiedenen Ressorts behandelt, käme es zu einer Aufteilung der Probleme in eine Reihe technischer Fragen, während die grundlegende Verfechtung der Anliegen der niedergelassenen Ärzteschaft in Realität nicht mehr wirklich gewährleistet sei.

In der anschliessenden Diskussion argumentieren zahlreiche Redner pro und contra Aufhebung bzw. Beibehaltung des Ressorts.

Urban Laffer/fmCh hat eine Verständnisfrage, die er an U. Stoffel richtet. Er zitiert den Wortlaut auf Seite 7 des Schlussberichtes: «... Beim Präsidenten wäre quasi ein 100%-Amt hinterlegt. ...» und erinnert an einen Entscheid der Ärztekammer im Dezember 2007, welcher das Amt des Präsidenten als 100%-Pensum definierte.

U. Stoffel/ZH bestätigt, dass dies immer noch so sei, dieser Entscheid sei nie aufgehoben worden. Er bestätigt dies auch später nochmals gegenüber B. Gafner/BE, welcher die gleiche Frage wie U. Laffer stellt.

Nachdem das Wort nicht weiter verlangt wird, kommt zunächst der Antrag Nr. 2 zu Traktandum 10, gemeinsam eingebracht von SMSR und VEDAG mit dem Wortlaut:

«Der Text des Berichts über die Strukturreform (Umsetzung Führungsmodell FMH), Kapitel 5, Liste der Ressorts, wird wie folgt geändert:

- Beibehaltung von Ressort Nr. 11 «Selbständige Ärzte»
- Streichung des letzten Abschnitts von Kapitel 5»

zur Abstimmung.

Dem Antrag wird grossmehrheitlich, mit 3 Gegenstimmen und 12 Enthaltungen, stattgegeben.

U. Stoffel/ZH präzisiert, dass der Antrag der Arbeitsgruppe, Nr. 1 zu Traktandum 10 nun zwingend den Aufbau dieses Ressorts beinhaltet.

Beat Dubs/ZH schlägt vor, das Ressort anders zu benennen, nämlich «Freie Praxis». U. Stoffel/ZH erklärt, mit der Annahme dieses Antrags werde der ZV be-



Zum ersten Mal dabei: die Juristin Anne-Geneviève Bütikofer. Sie übernimmt ab dem 1. September 2011 als neue Generalsekretärin die Leitung des FMH-Generalsekretariats.

auftrag, einen Vorschlag auszuarbeiten, wie dieses Ressort aussehen solle.

Dem *Antrag Nr. 1 zu Traktandum 10*, mit welchem die Annahme des Schlussberichtes der Arbeitsgruppe «Umsetzung Führungsmodell FMH» mit den «Empfehlungen zur Umsetzung des Führungsmodells FMH» beantragt wird – unter Ergänzung des bereits genehmigten Antrags Nr. 2 – *stimmt* die Ärztekammer anschliessend einstimmig, ohne Gegenstimmen und bei 2 Enthaltungen, zu.

Der *Präsident* bestätigt, dass das beschlossene zusätzliche Ressort nun konkretisiert und der Ärztekammer im Mai 2012 vorgestellt werde.

Er bittet anschliessend *Anne-Geneviève Bütikofer*, sich kurz der Ärztekammer vorzustellen.

A.-G. Bütikofer beginnt mit ein paar Informationen zu ihrer Person und zu ihrem beruflichen Werdegang: Sie ist Neuenburgerin, hat in Neuenburg und England Jurisprudenz studiert, war dann zunächst als Juristin im Generalsekretariat der Asylrekurskommission des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements tätig und anschliessend Legal und Compliance Manager für einen weltweit tätigen Spielzeughersteller. Danach leitete sie innerhalb des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA) während vier Jahren den politischen Dienst für grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Seit 2008 und noch bis Ende August 2011 ist sie Generaldirektorin der Gesundheitsdirektion des Kantons Genf, bevor sie am 1. September 2011 ihre Arbeit als Generalsekretärin der FMH aufnehmen wird. Sie ist in dieser Tätigkeit nicht nur mit den Problemen des Gesundheitswesens konfrontiert worden, sondern hatte auch die Aufgabe, einen Verwaltungsapparat mit mehr als 120 Mitarbeitenden weiterzuentwickeln und zu restrukturieren und so-

wohl den Partnern im Gesundheitswesen wie auch der Bevölkerung Dienstleistungen anzubieten. Aus ihren früheren Funktionen nimmt sie Erfahrungen mit Partnern auf Bundes- und Kantonsebene, mit der öffentlichen Verwaltung im Allgemeinen und der Privatwirtschaft mit. Parallel dazu hat sie auch Erfahrungen im Verbandswesen gesammelt, insbesondere mit ihrem Engagement bei der Junior Chamber International/Switzerland, wo sie verschiedene Funktionen auf nationaler und internationaler Ebene innehatte und noch bis vor einigen Jahren die internationalen Versammlungen dieses weltweit tätigen Verbandes der Jungunternehmerinnen und Jungunternehmer leitete. Ihre Tätigkeit als Generalsekretärin stellt sie auf drei Pfeiler: 1. Organisation und Koordination. Um qualitativ hochstehende Dienstleistungen zu erbringen, muss das Generalsekretariat eine optimale operative Führung und eine gute Koordination seiner zentralen Dienste haben. Dazu gehört selbstverständlich eine fundierte Analyse der aktuellen Struktur, die womöglich auch zu gewissen Restrukturierungen führen wird. 2. Zusammenarbeit. Das Generalsekretariat muss in ständigem Kontakt mit den Kantonalen Ärztesgesellschaften und den Fachgesellschaften stehen, seine Tätigkeit und seine Zusammenarbeit mit diesen Organisationen ausbauen, dies auch zugunsten aller FMH-Mitglieder. Sie wird vor allem ihren Akzent auf die Zusammenarbeit setzen. 3. Zentralvorstand. Damit sich der Zentralvorstand wirklich um die strategischen Fragen kümmern kann, muss er sich von seinen operativen Aufgaben entlasten können. Das Generalsekretariat muss die ständige Verbindung und eine gute Koordination zwischen strategischer und operativer Ebene gewährleisten. Es wird am Generalsekretariat liegen, dem Zentralvorstand Analysen und Beratungen zu liefern, damit dieser gute Arbeit leisten kann. Abschliessend begrüsst A.-G. Bütikofer ihre zukünftigen Kolleginnen und Kollegen und möchte dabei hervorheben, dass hier bereits ein Team vorhanden ist, das sich in seiner täglichen Arbeit für das Funktionieren und die Koordination der Aktivitäten der FMH einsetzt.

Was die Zusammenarbeit mit dem Präsidenten Jacques de Haller betrifft, hätten sie – obwohl sie persönlich eine andere politische Ausrichtung habe als der Präsident – eine gute Basis des Vertrauens und des Dialogs schaffen können, auf welcher die Zusammenarbeit aufgebaut und auf der ihre Arbeit ruhen werde. Auf dieser gleichen Basis möchte sie mit dem Zentralvorstand zusammenarbeiten.

Die Ärztekammer bedankt sich mit herzlichem Applaus.

Pierre-Alain Schneider/GE heisst Anne-Geneviève Bütikofer, die er gut kennt, bei der FMH willkommen. So gut diese Überraschung für die FMH sei, so sehr bedauere er ihren Weggang beim Staat Genf, denn sie sei eine herausragende Persönlichkeit, mit welcher eine qualitativ ausgezeichnete Zusammenarbeit möglich gewesen sei. Sie verstehe schnell und sei sehr sensibel

gegenüber den Problemen der Ärzteschaft. Für ihn sei dies eine sehr gute Neuigkeit, er freue sich sehr darüber, dass sie ihre Karriere bei der FMH weiterführen wolle.

Auf die Frage von *V. Liguori/II*, ob sie Italienisch spreche, antwortet A.-G. Bütikofer in fließendem Italienisch, worüber sich der Fragesteller sehr freut.

Anne-Geneviève Bütikofer ergänzt, dass sie eigentlich viel besser «Schwyzerdütsch» spreche, weshalb sie sich auch nicht in der Hochsprache vorgestellt habe.

Der *Präsident* schlägt vor, die Traktandenliste den Umständen anzupassen, indem nun als Nächstes das Traktandum HIN behandelt wird, weil die Health Info Net AG dringend einen Ärztekammerbeschluss benötigt. Anschliessend könnten die Traktanden 12 und 13 relativ rasch behandelt werden. Die Ärztekammer *genehmigt* diese Änderung der Traktandenliste stillschweigend.

HIN: Erhöhung des Aktienkapitals und Änderung des Mehrheitsaktionärsstatus

Der *Präsident* bittet *Ernst Gähler/Vizepräsident*, zunächst einen Überblick über die aktuelle Situation der Firma zu geben, er selber wird anschliessend die Finanzierung von HIN und den heute zu beschliessenden Antrag vorstellen.

Die Health Info Net AG wurde 1996 durch die FMH, die Ärztekasse und weitere Partner gegründet, sie kann dieses Jahr also ihr 15-Jahr-Firmenjubiläum feiern. Ziel der Gründer war, für die Ärzteschaft das Internet auf einfache Weise nutzbar zu machen und eine datenschutzkonforme elektronische Kommunikation zur Verfügung zu stellen. Die Technologie basierte auf ASAS der Firma Arpage. Diese Technologie wurde in den letzten Wochen durch den neuen HIN-Client ersetzt. Der Rollout ist bald abgeschlossen. Die Finanzierung von HIN wurde zu Beginn über Sonderbeiträge (Aktion HIN-Abo für alle FMH-Mitglieder, beschlossen durch die Ärztekammer im Jahr 2001, und durch Letztere 2005 beendet) geregelt, seit 2006 schrittweise durch die HIN-Abonnenten gewährleistet. Seit 2009 bezahlt jeder HIN-Abonnent seine Abo-Gebühr vollumfänglich selbst.

Die Ärztekammer vom 28. Mai 2009 war für HIN in gewissem Sinne wegweisend: Es gab grosse Differenzen betreffend der Vergabe des Projektes Health Professional Card (HPC) an Swisscom. Die übrigen Aktionäre von HIN warfen der FMH eine Verletzung des Aktionärsbindungsvertrags vor. Um diesen Konflikt zu bewältigen, schlug der Zentralvorstand jener Ärztekammer vor, auf die bisherige Aktienmehrheit der FMH von 50,5% durch den Verkauf von 405 (der total 505) Aktien an kantonale Ärztegesellschaften und Fachgesellschaften zu verzichten. Die Ärztegesellschaft des Kantons Bern stellte an jener Ärztekammer einen Antrag auf Nichteintreten mit der Begründung, HIN sei für die FMH sehr wichtig, sie dürfe die Mehrheit an der Gesellschaft nicht auf-

geben. Diesem Antrag wurde mit 66 Ja zu 47 Nein stattgegeben. Die FMH hat daraufhin eine Vorwärtsstrategie gefahren und den bisherigen Verwaltungsrat von HIN, in welchem Monique Gauthey/ZV als einzige FMH-Vertreterin sass, mit 4 weiteren Verwaltungsräten der FMH bestückt, mit welchen auch das IT-Wissen im Verwaltungsrat wesentlich verstärkt wurde. Seit 2010 ist Monique Gauthey/ZV Verwaltungsratspräsidentin von HIN.

Die Health Info Net AG ist heute im IT-Bereich des schweizerischen Gesundheitswesens Marktführerin mit 12000 Kunden, davon über 80 Prozent der Arztpraxen, und 150 Institutionen im Gesundheitswesen, darunter 120 Spitäler und die SUVA. Sie alle profitieren vom praktischen Nutzen des HIN-Angebotes in den Bereichen sichere elektronische Kommunikation, eRezepte, Managed Care, Praxisspiegel, Übermittlung von Röntgenbildern, Patientendossiers und Kompatibilität mit der Health Professional Card HPC. Entwickelt hat sich HIN auch im Infrastrukturbereich: Das Rechenzentrum und die Hardware befinden sich auf dem neusten Stand, der Betrieb des Rechenzentrums wurde verstärkt und professionalisiert, die ASAS-Technologie, wie erwähnt, abgelöst und durch neue Standardkomponenten ersetzt. In Bezug auf die eHealth-Strategie des Bundes, ist HIN heute und in der Zukunft die zentrale Drehscheibe für den sicheren und datenschutzkonformen Datenaustausch im schweizerischen Gesundheitswesen, stellt die künftig notwendige IT-Infrastruktur, die Sicherheit und das Berechtigungssystem (ID-Management) zur Verfügung, steht allen Akteuren im Gesundheitswesen offen und muss national und regional (eHealth-Projekte wie eToile, MediSwiss oder SaniTICard) kompatibel sein.

Der *Präsident* übernimmt das Wort und erläutert die Refinanzierungs-Idee der Health Info Net AG. Im Jahr 2010 stand HIN im Zusammenhang mit der Lancierung und Umsetzung ihres Projektes New Connect vor einem Liquiditätengpass und suchte sich finanzielle Mittel bei den Aktionären und Banken in Form von Darlehen zu beschaffen. Dies mit Erfolg. Auf Begehren der Aktionäre wurden ihre Darlehen an ein Wandelrecht gebunden. Die zur Verfügung gestellten Aktionärsdarlehen zur Finanzierung des Projektes New Connect können in zwei Jahren zu 100 Prozent in Aktien umgewandelt werden. Der Entscheid der Ärztekammer vor zwei Jahren zugunsten einer Beibehaltung der Aktienmehrheit der FMH bei der HIN AG, bedingt eine Genehmigung dieses Wandelrechts ebenfalls durch die Ärztekammer, denn mit der Umwandlung der verschiedenen Aktionärsdarlehen, würden sich die Mehrheiten im Aktionariat verändern. Bei einer Ablehnung durch die Ärztekammer könnten die Darlehensgeber ihre Darlehen kündigen, HIN müsste sie zurückzahlen und damit würde das mit allen Aktionären vereinbarte Finanzierungs-konstrukt in sich zusammenfallen und die Firma in akute Konkursgefahr gebracht.

Würden die gewährten Darlehen gesamthaft in Aktien umgewandelt, ergäbe sich folgende neue Verteilung des Aktienkapitals: Die Beteiligung der FMH, welche selbst kein Darlehen gewähren konnte, weil für einen dafür notwendigen Ärztekammerbeschluss die Zeit fehlte, bleibt bei 505 000 Franken, die Kantonalen Ärztesellschaften und Fachgesellschaften, sowie die Trustcenter, welche anstelle der FMH Darlehen gewährten, würden neu über eine Beteiligung von zusammen 410 000 Franken verfügen, d.h. die gesamte Beteiligung der Ärzteschaft betrüge 915 000 Franken. Die übrigen Aktionäre (Zur Rose AG, Blue-Care AG, OFAC und Ärztekasse) hätten zusammen neu eine Beteiligung von 1,245 Mio. Franken.

Soll die FMH, gemäss Ärztekammerbeschluss 2009, alleine Mehrheitsaktionärin bleiben, müsste sie in dieser Situation zusätzliche Aktien in der Höhe von 1,155 Mio. Franken zeichnen, ein enormes Finanzengagement, das zudem zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Überkapitalisierung der HIN AG führen würde.

Wenn die FMH aber nicht mehr alleine, sondern zusammen mit den Kantonalen Ärztesellschaften, den Fachgesellschaften und den Trustcenter, welche Darlehen gewährt hatten, also als «Ärzterschaft insgesamt», die Mehrheit an HIN beibehalten soll, müsste sie zusätzliche Aktien in der Grössenordnung von 340 000 Franken zeichnen – der definitive Betrag ist davon abhängig, ob alle oder nur ein Teil der Darlehensgeber vom Wandelrecht Gebrauch machen (die Darlehensgeber müssen sich dazu gemäss Aktionärsbindungsvertrag erst nach der heutigen Ärztekammer entscheiden).

Der Antrag Nr. 1 zu Traktandum 9, welchen der Zentralvorstand heute der Ärztekammer unterbreitet, enthält, der geschilderten Situation entsprechend, verschiedene Punkte und lautet:

- «1. Genehmigung einer Kapitalerhöhung der HIN AG unter Erweiterung des Aktionariats auf diejenigen KÄG, FG und TC, welche ihr Darlehen in Aktienkapital umwandeln möchten, und unter dem Vorbehalt der nachstehenden Ziff. 2.
2. Inskünftig sollen die FMH und die sich neu beteiligenden KÄG, FG und TC gemeinsam die Aktienmehrheit an der HIN AG halten.
3. Die für die Erreichung des Mehrheitsaktionärsstatus gemäss Ziff. 2 erforderlichen Mittel sollen von der FMH eingeschossen werden.
4. Der Zentralvorstand wird beauftragt, die HIN-Finanzierung entsprechend umzusetzen.»

Marc-Henri Gauchat/VS bekräftigt als FMH-Vertreter im HIN-Verwaltungsrat, dass HIN für die Ärzteschaft ein absolut unentbehrliches Instrument sei. Zwar könnten gewisse Leistungen von HIN auch anderswo, teilweise vielleicht sogar zu einem günstigeren Preis, beschafft werden. Man müsse sich aber bewusst sein, dass in allen elektronischen Kommunikationsnetzen die Unternehmung, der das Netz gehöre, ab einem

gewissen Zeitpunkt die Kontrolle über das Netz übernehmen könne. Als Ärztinnen und Ärzte hätte man wohl keine grosse Freude daran, wenn Unternehmen wie Swisscom oder die Post plötzlich auf unser Netz, in dem es um die im Blick auf die Entwicklung von eHealth zunehmend wichtiger werdende Kommunikation im medizinischen Bereich gehe, Einfluss nähmen. Im Kanton Wallis sei man beispielsweise dabei, ein Kommunikationssystem zu entwickeln, mit welchem Labors, Alters- und Pflegeheime, Spitäler und Arztpraxen miteinander verbunden würden. Er sei überzeugt, dass HIN vor einer komfortablen Zukunft stehe. Andererseits sei die Tatsache, dass die übrigen Aktionäre Darlehen mit einem Wandelrecht gewährt haben, auch ein Zeichen dafür, dass HIN für die Partner interessant sei. Abschliessend erachte er es als sehr wichtig, dass die Ärzteschaft die gesamte Kontrolle über die Firma behalte und plädiere deshalb für Annahme des Antrags des Zentralvorstandes.

Für V. Liguori/TI ruft eine Kapitalerhöhung um ca. 300 000 Franken nach Transparenz. Er möchte deshalb auch zuhänden der HIN-Abonnenten wissen, was denn die Gründe für den Liquiditätsengpass gewesen seien, die zur heutigen Situation geführt hätten. Er hätte eigentlich vom Verwaltungsrat auch erwartet, dass man aufzeige, wofür man dieses Geld einzusetzen gedenke, welches die ökonomischen Perspektiven seien. Man wolle schliesslich nicht nächstes Jahr vor der Situation stehen, erneut ein Loch stopfen zu müssen.

Der Präsident kann beruhigen und präzisiert, dass die finanzielle Situation von HIN heute absolut gesund und solid ist. Es habe sich um ein momentanes Problem gehandelt, um das Projekt New Connect, welches für die Entwicklung und die Positionierung von HIN von grösster Wichtigkeit sei, finanzieren zu können. Selbstverständlich habe man die Situation geprüft und auch unabhängig prüfen lassen.

Für Markus Reber/LU ist für eine Zustimmung zum Wandelrecht das Verbleiben der Aktienmehrheit bei der Ärzteschaft Bedingung. Er stellt deshalb den Antrag, dem Wandelrecht nur unter dieser Bedingung zuzustimmen.

J.-P. Pavillon/VD möchte wissen, was passiert, wenn die Darlehensgeber das Wandelrecht nicht wahrnehmen und die Rückzahlung der Darlehen verlangen. Der Präsident antwortet, dass für HIN ein wahres Problem entstehen würde, müsste die Firma alle Darlehen sofort zurückzahlen. Es gebe allerdings nur einen Minderheitsaktionär, der zögere, das Wandelrecht wahrzunehmen, alle andern Aktionäre wollten die Refinanzierung von HIN. Nach Ablauf der Darlehensfrist in zwei Jahren wäre dies hingegen kein Problem mehr.

Aileen Chen/VSAO möchte wissen, ob die andern Aktionäre, als Reaktion auf die Aktienkapitalerhöhung durch die FMH, ihre Beteiligungen ebenfalls erhöhen könnten, um ihrerseits die Mehrheit zu erlangen. Nein, erwidert der Präsident, weil die FMH aktuell die Mehrheit innehat.

In ähnlicher Richtung geht die Frage von *Thomas Heuberger/BE*, ob bei einer Ablehnung des Wandelrechts die andern Aktionäre als Reaktion ihre Aktien an irgendwen verkaufen würden. Der Präsident antwortet, dass bei Ablehnung des Wandelrechts das Finanzierungskonstrukt zusammenbreche und HIN die Darlehen sofort zurückzahlen müsste. Die Firma würde in eine Krisensituation geraten, die dazu führen könnte, dass externe Käufer sie übernehmen. Genau das wolle man verhindern.

V. Liguori/TI spricht nochmals den Businessplan an. *M.-H. Gauchat/VS* bekräftigt, dass selbstverständlich ein sehr genauer Businessplan existiere. Dieser sei auch den damals interessierten Darlehensgebern zur Verfügung gestanden. Man müsse aber auch klar sehen, dass es in einem Unternehmen Elemente gebe, die zum Geschäftsgeheimnis zählen und die man nicht einfach öffentlich machen könne, denn damit würde man direkt der Konkurrenz in die Hände spielen. Er präzisiert noch einmal, die Aktienkapitalerhöhung habe nichts mit dem Liquiditätsengpass zu tun, den HIN zu einem bestimmten Zeitpunkt gehabt habe. Mit der Aktienkapitalerhöhung gehe es ausschliesslich darum, dass die Ärzteschaft im Aktionariat die Mehrheit behalten könne.

Nach weiteren Wortmeldungen schreitet der *Präsident* zur Abstimmung:

Gemäss *Antrag von M. Reber/LU* wird zunächst über die Kapitalerhöhung von HIN, die Einschliessung von ca. 300 000 Franken ins HIN-Aktienkapital und die neue Mehrheitsbeteiligung durch die Ärzteschaft als Ganzes abgestimmt (*Punkte 2 bis 4 im Antrag des Zentralvorstands Nr. 1 zu Traktandum 9*).

Die Ärztekammer *genehmigt* diesen *Antrag* mit grosser Mehrheit, bei 4 Gegenstimmen und 8 Enthaltungen.

Anschliessend *stimmt* die Ärztekammer dem Wandelrecht (*Punkt 1 im Antrag des Zentralvorstands Nr. 1 zu Traktandum 9*) ebenfalls mit grosser Mehrheit, bei 5 Gegenstimmen und 8 Enthaltungen, zu.

Angesichts der noch übrigbleibenden Zeit und des Quorums, das langsam zu bröckeln beginnt, schlägt der *Präsident* vor, jetzt noch einige Beschlüsse über Traktanden zu fassen, die keiner Diskussion bedürfen: 12.2 *Ergänzung von Art. 9 Geschäftsordnung: Versand der Ärztekammer-Unterlagen*, 12.3 *Ergänzung der Standesordnung*, 13. *Ersatzwahl eines Mitgliedes in die FMH-Standeskommission* und 14. *Bestätigung von gewählten Mitgliedern der Delegiertenversammlung*.

Die übrigen Traktanden, insbesondere: 8. *EMH – Schlussbericht Arbeitsgruppe*, 11. *Budgets 2012*, beinhalten die *Budgets von SIWF, FMH und GPK, den Sonderbeitrag NAKO (NewIndex) sowie die Unterstützung des Schweizerischen Toxikologischen Informationszentrums (STIZ)*, werden auf die ausserordentliche Ärztekammer im Oktober 2011 verschoben.

Der *Antrag Nr. 1 zu Traktandum 12.1 Aufnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Telemedizin und eHealth (SGTMeH) als mitspracheberechtigte Ärzteorga-*

nisation ist ein paar Tage vor der Sitzung zurückgezogen worden. Das Traktandum wurde deshalb hinfällig.

Hans Kurt/FMPP macht sich Sorgen, wenn das Traktandum 8/EMH heute nicht behandelt wird. Die EMH stehe, wenn heute nichts beschlossen werde, vor einem grossen Defizit. Als Verwaltungsrat der EMH fühle er sich verpflichtet zu fragen, wie das gehandhabt werden solle, wenn Beschlüsse bis zum Herbst warten müssten.

Der *Präsident* versteht die Sorgen sehr gut, jedoch sei für das laufende Geschäftsjahr 2011 der Sockel- bzw. Abobeitrag bereits verankert. Die Lizenzgebühren, auf welche H. Kurt aufmerksam macht, seien nicht Sache der Ärztekammer, sondern vertraglich zwischen FMH und EMH geregelt, also in der Kompetenz des Zentralvorstandes. Und dies könne sehr gut in den kommenden Monaten geregelt werden. Im Herbst könne man im Zusammenhang mit dem Budget über den Mitgliederbeitrag 2012 inklusive Sockel-/ Abobeitrag 2012 beschliessen. Durch diese Verschiebung werde die EMH nicht gefährdet.

Gegen die *Änderung der Traktandenliste*, wie vom *Präsidenten* vorgeschlagen, wird nicht opponiert.

Ersatzwahl eines Mitgliedes in die FMH-Standeskommission

Es stehen zwei Kandidaten zur Wahl: *Jean-Baptiste Ollyo*, Mitglied der Waadtländer Ärzteorganisation, der heute nicht anwesend ist, sowie *Alexandre Marmier, Villars-sur-Glâne*, der Kandidat der SMSR, der heute ebenfalls nicht anwesend sein kann.

J.-P. Pavillon/VD erklärt, dass die Ärztesgesellschaft des Kantons Waadt die Kandidatur von J.-B. Ollyo nicht unterstütze.

H.-P. Kuhn/stv. Generalsekretär präzisiert, dass der gewählte Kandidat die neuen Fälle übernehmen soll, während der bisherige Vizepräsident P.-A. Fauchère, welcher innerhalb der Amtsperiode zurücktritt, die noch hängigen Fälle bis Ende 2011 fertig bearbeitet (*Antrag Nr. 1 zu Traktandum 13*).

Der *Präsident* schlägt vor, den Kandidaten in einer *offenen Wahl* zu bestimmen. Die Ärztekammer *genehmigt* diesen Antrag einstimmig, ohne Gegenstimmen und Enthaltungen.

Die *Kandidatur J.-B. Ollyo* erhält in der anschließenden offenen Wahl *keine Stimmen*.

Der Kandidat *Alexandre Marmier* wird mit sehr grosser Mehrheit der Anwesenden *gewählt*.

Dem *Antrag Nr. 1 zu Traktandum 13* wird stillschweigend *stattgegeben*.

Bestätigung der neuen DV-Delegierten

Vorgeschlagen sind als ordentliche Delegierte:

- für das *Kollegium für Hausarztmedizin (KHM)* *Jean-Michel Gaspoz, Genf*, als Nachfolger für den zurückgetretenen Ulrich Bürgi, Stettlen.
- für die *Foederatio medicorum chirurgicorum hel-*

vetica (fmCh), Daniel Candinas, Bern, und Raoul Heilbronner, St.Gallen zur Besetzung der beiden Sitze, die seit dem 30.6.2010 infolge der Rücktritte von Jean Biaggi und Michel Dutoit vakant blieben.

Die Ärztekammer *bestätigt* einstimmig, ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen, die vorgeschlagenen Delegierten.

Ergänzung von Art. 9 Geschäftsordnung:

Versand der Ärztekammer-Unterlagen

Der Zentralvorstand *beantragt* der Ärztekammer, bezüglich des Versands der Ärztekammer-Unterlagen einen Systemwechsel vom CD-Datenträger auf das myFMH-Portal und eine Ergänzung von Art. 9 Geschäftsordnung wie folgt zu genehmigen:

«... Der Versand der Einladung und der Unterlagen erfolgt elektronisch (Zustellung des Mails mit Link zum Download).»

Ch. Bosshard/VSAO begrüsst die Stossrichtung, gibt aber zu bedenken, dass die Sekretariate der Basisorganisationen ebenfalls mit den Unterlagen bedient werden. Diese jedoch hätten keinen Zugang zu myFMH. Erika Flückiger/Leiterin Dienste, erklärt, dass durch die Zuteilung von entsprechenden Berechtigungen auch die Sekretariate einen Zugang zu myFMH erhalten können.

Dem Antrag Nr. 1 zu Traktandum 12.2 wird einstimmig, ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen, *stattgegeben*.

Ergänzung von Art. 21 Standesordnung

Der Zentralvorstand *beantragt* der Ärztekammer folgende Ergänzungen in den Art. 21 Abs. 1 und 4 der Standesordnung:

«1 Die Verwendung der Bezeichnung «FMH» ist den FMH-Mitgliedern vorbehalten. Der markenrechtliche Schutz ist im Kollektivmarkenreglement definiert.»

«4 Für die Führung eines Facharztstitels und anderer fachlicher Qualifikationen gelten die entsprechenden Bestimmungen der Verordnung zum Medizinalberufegesetz, der Weiterbildungsordnung sowie Anhang 2 zur Standesordnung.»

H.-P. Kuhn/stv. Generalsekretär erläutert kurz den Grund für die vorgeschlagenen Ergänzungen. Mit Abs. 1 wird endlich die seit Jahren existierende Idee umgesetzt, dass nur FMH auf seinen Briefkopf schreiben darf, wer auch tatsächlich FMH-Mitglied ist. Und Abs. 4 wird ergänzt mit den Hinweisen darauf, wo heute Regelungen zur Ausschreibung von fachlichen Qualifikationen zu finden sind.

Nachdem keine Fragen dazu gestellt werden, lässt der Präsident über den Antrag abstimmen.

Die Ärztekammer *genehmigt* den Antrag Nr. 1 zu Traktandum 12.3 einstimmig, ohne Gegenstimmen, bei 1 Enthaltung.

Der Präsident geht anschliessend zum Traktandum Varia über.

Varia

Hélène Beutler/SGKJPP stellt fest, dass zwei Mitglieder des Zentralvorstands im Stiftungsrat von EQUAM sitzen und sich dadurch Interessenkonflikte ergeben könnten.

Die beiden Angesprochenen, I. Cassis und D. Herren (Letzterer für die heutige Sitzung entschuldigt), haben die Antworten auf die Fragen der Interpellantin gemeinsam vorbereitet:

1. In welcher Eigenschaft präsidiert der Vizepräsident der FMH die EQUAM-Stiftung?

Antwort I. Cassis: als Nationalrat; Antwort D. Herren: als Delegierter des ZV.

2. Welche Vergütungsarten sind vorgesehen?

Antwort I. Cassis: keine, weil es nichts mit der FMH zu tun hat.

Antwort D. Herren: Vergütung für normale Arbeitsstunden.

3. Sind die Funktionen von Ignazio Cassis und Daniel Herren innerhalb der FMH mit ihrer Tätigkeit im Stiftungsrat der EQUAM-Stiftung vereinbar?

Antwort I. Cassis und D. Herren: Ja, die Vertretung der FMH im Stiftungsrat besteht seit vielen Jahren, schon lange, bevor sie beide in den Zentralvorstand gewählt wurden. Die Stiftung befasst sich seit jetzt 15 Jahren auf vorbildliche Art und Weise mit der Qualität der ambulanten Versorgung, und hat in diesem Bereich Pionierarbeit geleistet. Sie ist für die Abteilung DDQ, welcher Daniel Herren als Ressortverantwortlicher vorsteht, von grossem Interesse, sie findet hier verschiedenste Synergien für ihre Tätigkeit im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsförderung.

4. Ist der FMH bekannt, dass die EQUAM-Stiftung von der Krankenversicherung Helsana und von santésuisse gesponsert wird? Besteht nicht auch in diesem Zusammenhang ein Interessenkonflikt?

Antwort I. Cassis und D. Herren: Dem ZV ist bekannt, dass die Stiftung EQUAM von verschiedenen Unternehmen aus der Versicherungs- und Pharmabranche gesponsert wird. Wichtig ist, dass diese Sponsorenbeiträge die Arbeit der Stiftung nicht beeinflussen, demzufolge gibt es auch keinen «Hauptsponsor», von welchem die Stiftung abhängig ist. Die Beiträge bewegen sich in der Grössenordnung von 5000 Franken pro Jahr. Die Stiftung verfügt über ein Stiftungskapital von 50000 Franken.

Hélène Beutler/SGKJPP zeigt sich von den Antworten befriedigt.

Der Präsident bedankt sich für die engagierte Teilnahme aller Anwesenden an der heutigen Sitzung. Es habe sich auch heute wieder gezeigt, dass die Ärztekammer ein Ort sei, wo produktiv diskutiert werden könne.

Mit dem Hinweis darauf, dass der Termin der ausserordentlichen Ärztekammer so rasch wie möglich bekanntgegeben werde, *schliesst der Präsident die Sitzung um 16.45 Uhr*.

Glossar

| | | | |
|----------|--|-------|---|
| ÄK | Ärztammer | | |
| ANQ | Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken | KKA | Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften |
| APDRG | All Patient Diagnosis Related Groups | KVG | Krankenversicherungsgesetz |
| CHOP | Schweizerische Operationenklassifikation | MC | Managed Care |
| DDQ | Daten, Demographie, Qualität | NAKO | Nationale Konsolidierungsstelle |
| DRG | Diagnosis Related Groups | OPS | Operationen- und Prozedurenschlüssel |
| DV | Delegiertenversammlung | SÄZ | Schweizerische Ärztezeitung |
| E.A.N.A. | Europ. Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte | SGK | Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit |
| EMH | Editores Medicorum Helveticorum; Schweizerischer Ärzteverlag | SGKJP | Schweiz. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie |
| EQUAM | Externe Qualitätssicherung in der Medizin | SIWF | Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung |
| FG | Medizinische Fachgesellschaft | SMSR | Société médicale de la Suisse romande |
| fmCh | Foederatio medicorum chirurgicorum helvetica | TC | Trust Center |
| FMPP | Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum | VEDAG | Verband deutschschweizerischer Ärztesellschaften |
| fPmh | Foederatio Paedo-medicorum helveticorum | VLSS | Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz |
| GDK | Gesundheitsdirektorenkonferenz | VSAO | Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte |
| GPK | Geschäftsprüfungskommission | ZV | Zentralvorstand |
| KG (KÄG) | Kantonale Ärztesellschaft | | |
| KHM | Kollegium für Hausarztmedizin | | |