



200 stimmberechtigte Delegierte der Basis- und Fachorganisationen zählt die Ärztkammer, die das «Parlament» der FMH bildet.

Fotos: Christoph Kreyden

Kongresshaus Biel, 6. Dezember 2012

Protokoll der ordentlichen Ärztkammersitzung 2012

Anne-Geneviève Bütikofer,
Generalsekretärin

Ein Glossar mit den am häufigsten verwendeten Abkürzungen finden Sie auf Seite 157.

1. Begrüssung, Mitteilungen, Bestellung des Büros

Der Präsident *Jacques de Haller* begrüsst die Delegierten zur ordentlichen Ärztkammer und stellt deren Beschlussfähigkeit fest. Weiter begrüsst er die Gäste: *Roland Schwarz*, Präsident der Geschäftsprüfungskommission (GPK), *Dr. Silvia Cueni* und *Dr. Maya Schuppli*, Mitglieder der Arbeitsgruppe «Sexuelle Übergriffe in ärztlichen Behandlungen» für das Traktandum 3 sowie *Bruno Kesseli*, Chefredaktor der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ). Nach einigen organisatorischen Informationen bestellt der Präsident das Büro der Ärztkammersitzung: Es besteht aus dem FMH-Präsidenten Jacques de Haller, den beiden Vizepräsidenten Ernst Gähler und Pierre-François Cuénoud sowie der Generalsekretärin Anne-Geneviève Bütikofer und den Stimmenzählern Pierre Vallon/Psychiatrie und Psychotherapie, Mathias Gugger/Pathologie, Alain Souche/GE, Marcel Stampfli/BE, Jean-Michel Gaspoz/SGIM, Daniel Ackermann/Urologie, Jürg Nadig/Onkologie, Marie-

Christine Peter-Gattlen/Allergologie, Claude Karen Gutscher/VSAO und Daniel Schröpfer/VSAO.

Der Präsident hält fest, gemäss Statuten, dass nach 17.00 Uhr keine Abstimmungen und Wahlen mehr durchgeführt werden können. Er gibt zu Protokoll, dass die Einladung mit Traktandenliste und Beilage fristgerecht vier Wochen vor der heutigen Sitzung per elektronische Post verschickt worden ist. Die Stimm- und Wahlunterlagen sind den Delegierten der Ärztkammer bei der Eingangskontrolle abgegeben worden.

1.1 Traktandenliste

1.1.1 Traktandum 4 «Sexuelle Übergriffe»

Jacques de Haller geht auf den Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 1.1.1 von *Christoph Ramstein/VEDAG* ein, der eine Änderung in der Reihenfolge der Traktanden verlangt: Das Traktandum 4 «Sexuelle Übergriffe» soll vorgezogen werden, damit es nicht unter Zeitdruck behandelt werden muss. Der Präsident un-

terbreitet der Ärztkammer den Vorschlag, die Traktanden Nr. 3 «Budget» und Nr. 4 in der Reihenfolge zu tauschen.

- Der Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 1.1.1 von Christoph Ramstein wird mit grossem Mehr angenommen.

Der *Präsident* erteilt *Emanuel Waeber/FMH* das Wort, um die Mitarbeitenden vorzustellen, die seit der letzten Ärztkammersitzung ihre Arbeit bei der FMH aufgenommen haben: Olga Pfammatter und Michèle Wyder, Sachbearbeiterinnen SIWF; Yasmine Gautschi, Leiterin Zentrales Sekretariat; Johnny Graber und Philipp Hofer, Applikationsentwickler; Ursula Pally, stv. Leiterin Rechtsdienst; Kerstin Rutsch, Bereichsassistentin «Ambulante Tarife und Verträge Schweiz», sowie Cornelia Steck, Kommunikationsspezialistin.

2. Informationen aus Zentralvorstand, Generalsekretariat, Ressort und SIWF

2.1 Zentralvorstand

2.1.1 Ambulante Tarife und Verträge Schweiz (TARVISION; Masterplan Hausarztmedizin)

Ernst Gähler/ZV informiert über die aktuelle Situation im Tarifbereich: Die Fronten im Tarifbereich sind zunehmend verhärtet. Die Positionen und insbesondere die Interpretation der Faktenlage divergieren seitens der einzelnen Tarifpartner stark. Das BAG wirft der FMH im Projekt TARVISION eine sehr einseitige Sicht vor. *Santésuisse* behauptet unter anderem, die Einkommensstudie zeige, dass bei den ärztlichen Einkommen kein Handlungsbedarf bestehe. Die Ärzte hätten in den letzten 20 Jahren ihr

Einkommen um CHF 220 000.– verbessert, was einer jährlichen Zuwachsrate von 2,5% entspricht. Doch die Zahlen der FMH, die sich auf zwanzig Jahre ROKO-Daten, achtzehn Jahre TARMED und zwei Jahre TARVISION stützen, sprechen eine ganz andere Sprache: Das ärztliche Einkommen hat sich in den letzten 20 Jahren lediglich um CHF 20 000.– resp. um 0,6% pro Jahr verbessert, denn parallel sind die Ausgaben, insbesondere auch die nichtärztlichen Löhne, massiv gestiegen. Zum Vergleich: In der Verwaltung sind es plus 21,3%, im Sozialwesen plus 22,8%. *Gähler* konstatiert: «Wenn man also von einer Kostenexplosion sprechen will, dann ist es eine für die anderen – nicht für uns.»

Die Revision der Tarifstruktur im Rahmen von TARVISION FMH wird intensiv vorangetrieben – die Fachgesellschaften sind dabei eng miteinander verbunden. Die Zusammenarbeit mit H+ und MTK funktioniert konstruktiv. *Gähler* ist zuversichtlich, dass die Revision respektive Aktualisierung bis Ende 2013 realisiert werden kann.

FMH setzt sich für priorisierte Einführung von Kapitel 40 des TARMED ein

Die Tarifkommission MFE hat die Arbeiten am eigens für die Grundversorger geschaffenen Kapitel 40 des TARMED abgeschlossen. Die wichtigsten Neuerungen sind die Extrapositionen für dringliche Konsultationen, die Abschaffung der nur halb vergüteten «letzten fünf Minuten» (Position 00.0030) zugunsten von klassischen Zeitleistungen; die neu mit FMH 5+ bezeichnete Dignität (vorher FMH 5), welche mit dem Faktor 1.0 anstatt 0.905 berechnet wird, der dreistufige Organstatus (klein, mittel, gross) sowie Abrechnungsgrundsätze und Besitzstände. Nun gilt es, die korrekte tariftechnische Umsetzung zu finden und diese in der Tarifstruktur zu implementieren. Die FMH wird die Tarifkommission MFE dabei unterstützen.

FMH-intern ist das Kapitel 40 unbestritten. Umstritten ist die Finanzierung: Bund und *santésuisse* verlangen, dass innerhalb der nächsten Jahre eine Kostenneutralität anzustreben ist. Die Haltung der FMH ist klar: Die Kostenneutralität ist gesetzlich nirgends verankert. Weder MFE noch die ganze FMH werden einer linearen Umverteilung jemals zustimmen.

Die FMH setzt sich dafür ein, dass das Kapitel 40 vor der Gesamtrevision eingeführt wird. Dabei muss die Finanzierung von aussen kommen, eine TARMED-interne Finanzierung, wenn überhaupt, kann erst nach Abschluss der Gesamtrevision – unter Voraussetzung frei werdender Volumina – realisiert werden. Die priorisierte Einführung resp. zwingend verbindliche Vereinbarungen zur Einführung von Kapitel 40 sind nötig, weil der Bundesrat bis im Frühjahr 2013 einen definitiven Entscheid betreffend Rückzug der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» will.



Schon vor Beginn der Grossveranstaltung herrscht sowohl im Plenum ...



... als auch auf dem Podium reger Betrieb.

Analysenliste «TransAL»:

FMH fordert korrekte Abgeltung

Die Situation betreffend Praxislabor ist höchst unbefriedigend. Seit Einführung der revidierten Analysenliste Mitte 2009 resultiert ein Umsatzverlust des Praxislabors, je nach Fachrichtung, von minus 18 bis minus 30%. Wie schon lange von der FMH gefordert, hat nun das BAG im Rahmen des «Masterplans Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» ein Projekt zur Revision der Analysenliste (TransAL) lanciert. Dabei soll bis Mitte nächsten Jahres ein spezielles Kapitel für sogenannte «schnelle Analysen» im Praxislabor eingeführt werden. Eine vom BAG eingesetzte Expertengruppe hat nun achtzehn Analysen definiert, die das Praxislabor im «Point of Care»-Tarif abrechnen kann. Alle anderen Analysen, die im Praxislabor durchgeführt werden, sollen so abgerechnet werden, wie es das Auftragslabor berechnet. Das bedeutet gemäss den Berechnungen der FMH ein Minus von 50 bis 60% pro Analyse – und das Ende des Praxislabors. Die Expertengruppe des BAG – ohne einen Mediziner mit eigener Praxis – stellt sich auf den Standpunkt, dass eine bessere Abgeltung der Labortarife im Praxislabor falsche Anreize schaffen würde. Die Berechnungen der FMH aber zeigen, dass mit der Einführung der revidierten Analysenliste die Umsätze im Praxislabor eingebrochen sind – die Zahl der durchgeführten Analysen hat jedoch kaum abgenommen. Das zeigt: Das Praxislabor ist ein zu wichtiges Arbeitsinstrument für die Ärzteschaft, als dass darauf verzichtet werden könnte. Die Position der FMH ist klar: Wir wollen – wie im Masterplan definiert – die Umsetzung von

TransAL per Mitte 2013, aber mit einer korrekten Abbildung des Praxislabors. Die FMH-Liste, fundiert begründet, umfasst 45 Analysen, die nach dem «Point of Care»-Tarif abgerechnet werden sollen. Zurzeit finden intensive Diskussionen mit dem BAG statt.

Ärztliche Medikamentenabgabe

FMH, H+ und MTK arbeiten auf der technischen Ebene zweckdienlich zusammen. Santésuisse stellte sich auf den Standpunkt, die aktuellen Margen seien zu hoch, die ärztliche Leistung werde über die AL im TARMED vergütet, die Logistikkosten seien im GRAT Kostenmodell des TARMED abgegolten. Die FMH verfügt über Daten, Zahlen, Experten und viel Know-how und hat so die Behauptungen von santésuisse eindeutig widerlegen können. Die FMH hat dazu eine schriftliche Richtigstellung verlangt und diese erhalten. Der Teilerfolg macht Mut, und die FMH kämpft unbeirrt weiter – konstruktiv und innovativ – für gerechte Tarife.

2.1.2 Daten, Demographie & Qualität DDQ (Kurzinformation)

Christoph Bosshard/ZV informiert über die erfolgreiche Gründung der «Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM» von Ende November 2012: Mit der SAQM will sich die FMH zum Nutzen der Patienten als nationale Ansprechpartnerin für medizinische Qualitätsthemen im Gesundheitswesen etablieren. Die SAQM wird in ihrem breiten Tätigkeitsfeld die Plattform für einen fachübergreifenden Wissensaustausch innerhalb der Ärzteschaft bieten und verschiedene Partner im Schweizer Gesundheitswesen einbeziehen. Zurzeit gilt es, das neugeschaffene Gremium mit Leben zu füllen. *Bosshard* bittet die Fachgesellschaften, die kantonalen Ärztesellschaften, die Dachverbände, den VSAO und VLSS, ihre Delegierten bis spätestens 1. März 2013 zu melden. Er betont: Die SAQM hat fünf Erwartungen an die Ärzteschaft: Mitmachen, Einbringen, Diskutieren, Rückmelden und Unterstützen. In diesem Sinne bittet *Bosshard* die Ärzteschaft, ihre Bedürfnisse einzubringen und an der Erhebung im Rahmen des geplanten Inventars zu den Qualitätsinstrumenten teilzunehmen – und so die Arbeit der SAQM mitzutragen und zu unterstützen.

2.1.3 eHealth-Sicherheitsinfrastruktur

Urs Stoffel/ZV berichtet über den aktuellen Stand bei der Health Professional Card (HPC). Sie ist zum einen ein physischer Ausweis, immer mehr aber auch ein elektronischer Arztausweis und ein Schlüsselbund zur Aufnahme verschiedener Zertifikate, um mit anderen Systemen kommunizieren zu können. Die FMH hat immer klar gemacht, dass sie die HPC herausgeben will. Es ist in der Kompetenz der FMH zu bestimmen, wer ein Arzt ist. Die HPC gewinnt aus zwei Gründen an Aktualität: Zum einen kommt vor-

aussichtlich in der Sommersession 2013 die Vorlage über das elektronische Patientendossier (EPD-Gesetz) ins Parlament. Zum anderen tritt per 1. Januar 2013 das Erwachsenenschutzgesetz in Kraft. Dieses sieht vor, dass Patientenverfügungen auch auf der Versichertenkarte gespeichert werden können. Aus diesem Grund muss die HPC mit der Versichertenkarte kommunizieren können. Nun gibt es aber zwei verschiedene Systeme an Versichertenkarten, was die Sachlage zusätzlich erschwert. Erstens: die Versichertenkarte der Helsana. Sie ist mit einem Zertifikat ausgerüstet, das die Kommunikation mit der FMH-HPC möglich macht. Zweitens: die Versichertenkarte von santésuisse. Diese kann noch nicht mit der FMH-HPC kommunizieren. Gespräche mit den Versicherern, um hier eine Lösung zu finden, sind im Gange.

Auf der Versichertenkarte sind die administrativen Daten zur Abrechnung der KVG-Leistungen obligatorisch. Persönliche Daten sind freiwillig. Was diese Daten anbelangt, ist die FMH der Ansicht, dass die Patientensicherheit nicht gewährleistet ist. Die Karte enthält nämlich nur einen sehr kleinen Ausschnitt an behandlungsrelevanten Daten, es ist zudem nicht sichergestellt, dass diese aktuell und vollständig sind, es existiert nirgends ein Backup für den Fall, dass die Karte verloren geht, und zudem findet sich kein Foto auf der Versichertenkarte. Wenn man sie einer falschen Person zuordnet, kann sie wegen der Notfalldaten sogar gefährlich werden.

Stoffel hält fest: Der Prozess ist noch nicht durchgedacht. Die FMH ist dezidiert der Meinung, dass diese Notfalldaten nicht das Ziel und die Zukunft sein können. Vielmehr gilt es nun, das elektronische Patientendossier optimal zu gestalten. Für die FMH ist der Vorschlag des Bundesrats noch nicht ausgereift, sie hat aber alles Interesse, sich bei der Lösungssuche konstruktiv zu beteiligen.

2.2 SIWF

Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»

Werner Bauer, Präsident SIWF, informiert die Ärztkammer über die Ergebnisse der vom BAG und der GDK initiierten Plattform «Zukunft ärztliche Bildung». Die Arbeiten der ersten Themengruppe «Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung» sind mittlerweile abgeschlossen. Die zweite Themengruppe «Abstimmung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung» hat soeben einen Schlussbericht verfasst. Darin wird, im Zusammenhang mit der Absicht des Bundesrats, die Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin um mindestens dreihundert zu erhöhen, eine Steuerung der Facharzt-Weiterbildung angeregt. Eine Steuerung, um die «richtige Anzahl» Plastische Chirurgen, Dermatologen, Hausärzte und Psychiater auszubilden, ist extrem komplex und wird zurzeit – noch wenig erfolgreich – in vielen anderen Ländern diskutiert. Das BAG initiiert nun eine neue Arbeits-

gruppe, die sich des Themas annimmt. Das SIWF wird sich beteiligen. Die dritte Arbeitsgruppe «Interprofessionalität» setzt sich für eine Verankerung der interprofessionellen Zusammenarbeit und für eine bessere Koordination zwischen den Bildungsgängen der Gesundheitsberufe ein.

Workshop «Teach the Teachers»

Das SIWF hat im September 2012 in Zusammenarbeit mit dem «Royal College of Physicians of London» in Luzern als Pilotversuch drei Workshops zum Thema «Achieving excellence as a medical educator» angeboten. Die Workshops mit den Themenschwerpunkten Teaching, Assessment, Feedback und Leadership sollen die jungen Oberärzte in ihrer neuen Rolle als Lehrer und Vorgesetzte unterstützen. Die Workshops waren innert zwei Tagen ausverkauft. Aufgrund des überwältigenden Echos werden sie im April und September 2013 erneut durchgeführt.

Titelsystematik

Das SIWF wurde von verschiedenen Seiten mit dem Wunsch konfrontiert, die Titelsystematik zu erweitern, sodass Spezialisierungen besser ausgewiesen werden können. Das SIWF hat nun entschieden, dass es prinzipiell möglich sein soll, auch innerhalb der regulären Weiterbildung eines Fachs einen Schwerpunkt zu erwerben. Die Weiterbildungsbildungsordnung (WBO) wird entsprechend in ihrem Art. 12 Abs. 2 revidiert: «Ein Facharzttitel kann einen oder mehrere Schwerpunkte beinhalten, die eine Spezialisierung/*Vertiefung* innerhalb des Fachgebiets darstellen. *Ein Schwerpunkt kann im Laufe der Facharztweiterbildung oder mittels zusätzlicher Weiterbildung erworben werden.* (...)» Ob und welche Schwerpunkte definiert werden, ist in der Kompetenz der Fachgesellschaften. Als Beispiel: Dr. Hans Muster, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, spez. Hausarztmedizin; oder Dr. Ruth Muster, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, spez. Wirbelsäulenchirurgie.

Der *Präsident* eröffnet die Diskussion. *Vinzenzo Liguori/TI* weist im Zusammenhang mit den zusätzlichen Studienplätzen auf die geplante medizinische Fakultät im Tessin hin und bittet die Ärzteschaft um Unterstützung. *Werner Bauer* bekräftigt die Sympathien für das Projekt – trotz aller organisatorischen und finanziellen Schwierigkeiten – und sichert Liguori seine Unterstützung zu.

2.3 Generalsekretariat

Generalsekretärin Anne-Geneviève Bütikofer präsentiert den Stand der Reorganisation im FMH-Generalsekretariat der FMH: Basierend auf der strategischen Analyse der operativen Struktur im Herbst 2011, konnten bereits Anfang Jahr die ersten Massnahmen umgesetzt werden. Bis Ende 2012 bekam das Generalsekretariat eine neue Struktur. Es wurde ein zentrales Sekretariat geschaffen und ein Leitungsgremium mit



Jürg Schlup (Bildmitte), FMH-Präsident seit 7. Dezember 2012, Christoph Bosshard und Monique Gauthey verfolgen aufmerksam die Debatte zu den einzelnen Traktanden.

der Generalsekretärin und zwei Stellvertretern. Dem Personalwesen wurde noch mehr Gewicht verliehen, unter anderem mit einem Personaldienst sowie der neuen Regelung der Arbeitszeiten und Überstunden. Zurzeit konzentriert sich die Reorganisation auf das Prüfen und Optimieren der geltenden Regelungen, Verfahren, internen Prozessen sowie auf den Ausbau der Personalpolitik. Besonderes Augenmerk wird auf die Finanzen gelegt: auf eine verfeinerte Budget- und Finanzplanung, die Einführung eines Steuerungsinstruments zur besseren Projekt- und Kostenverwaltung sowie die Verbesserung bei den budgetrelevanten Schlüsselzahlen und beim Viertel- und Halbjahresbericht; zudem wird ein «Forecast» eingeführt werden. In einer nächsten Etappe wird man sich dann auf den Ausbau des IKS und die Einführung einer Risikokontrolle konzentrieren. Zudem werden die Dokumente zentral registriert und die Archivierungsprozesse aktualisiert. Parallel dazu sollen die Verwaltungs- und Kontrollverfahren für Finanzhilfen und Sponsoring überprüft und die interne und externe Kommunikationsstrategie aktualisiert werden. Weiter gilt es, die Dienstleistungen für die Mitglieder zu prüfen und die Zusammenarbeit mit den kantonalen Fachgesellschaften und anderen Partnern zu verbessern. Und schliesslich sollen auch die Räumlichkeiten überprüft werden, die langsam alt und zu klein werden. *Bütikofer* hält fest, die Reorganisation des Generalsekretariats sei sehr umfassend – und werde die FMH auch in den nächsten Monaten, wenn nicht Jahren begleiten. Dies alles mit dem Ziel, die Dienstleistungen für die Mitglieder der FMH – kostenbewusst – zu verbessern und die Mitglieder des Zentralvorstandes besser zu unterstützen.

3. Sexuelle Übergriffe in ärztlichen Behandlungen

3.1 Änderung der Standesordnung und des Reglements der Standeskommission

3.2 Änderung Art. 49 der Standesordnung

3.3 Sexuelle Übergriffe in ärztlichen Behandlungen

Der *Präsident* übergibt das Wort *Christine Romann/ZV*, die die Arbeitsgruppe «Sexuelle Übergriffe in ärztlichen Behandlungen» leitet und den Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 3.1 des ZV und DV vertritt. *Romann*: Rechtliche Änderungen drängen sich auf, da die Verfahren für die Patientinnen und Patienten intransparent sind. In aller Regel steht am Ende immer Aussage gegen Aussage, aber die Patientin oder der Patient wird nicht darüber informiert, wie die Aussage des Arztes lautet, und sie werden auch nicht ins Verfahren einbezogen. Das Ziel ist es, so *Romann* weiter, «dass es in der ärztlichen Behandlung keine sexuellen Übergriffe mehr gibt. Klar ist aber auch, dass dies ein Idealziel ist, das wir wohl nie ganz erreichen werden. Aber unsere Anstrengungen sollten dahin gehen, dass wir möglichst nahe an dieses Ziel kommen.» Die Arbeitsgruppe schlägt bei diesem schwierigen Thema der sexuellen Übergriffe grundsätzlich zwei Wege vor: das Thema einerseits in der Weiter- und Fortbildung so zu verankern, dass eine präventive Wirkung entsteht. Andererseits adäquat zu reagieren, wenn ein sexueller Übergriff passiert ist. *Romann* hält fest, es gebe «jene Ärzte und auch Ärztinnen, denen es einmal passiert, in einer Lebenskrise, in einer bestimmten Situation. Denen

möchten wir Hilfe anbieten.» Etwa mit ähnlichen Richtlinien wie denen der Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wie auch über das Re-Med. Im Fall der «Wiederholungstäter» sind Anzeigen der Patienten und Patientinnen erforderlich, denn die Ärzteorganisationen können sonst nicht gegen Kollegen vorgehen. Wenn eine Patientin keine Anzeige erstatte, so *Romann*, liege einer der Gründe im Verfahren selbst. Nach einer Anzeige hören die Betroffenen bis zum Entscheid monatelang nichts mehr; das sei entmutigend und müsse geändert werden. Darum der Antrag Nr. 3.1 zur Änderung von Artikel 45 der Standesordnung der FMH. Darin ist festgelegt, dass der Anzeiger nur dann als Partei auftreten kann, wenn er Mitglied der FMH ist. Neu sollen auch Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zur Parteistellung haben:

Artikel 45, Absatz 2 (neu): *Parteistellung können die folgenden Personen haben, sofern sie ein eigenes schutzwürdiges Interesse am Ausgang des Verfahrens haben und sie sich gegenüber der erstinstanzlichen Standeskommission schriftlich als Partei erklären: a) Mitglieder der FMH; b) Patientinnen und Patienten bei Verfahren wegen sexueller Ausnützung des sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebenden Abhängigkeitsverhältnisses.*

Dazu ist eine Änderung von Artikel 4 der Standesordnung nötig:

Artikel 4 (alt): (...) Arzt und Ärztin dürfen ein sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebendes Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen, insbesondere darf das Verhältnis weder emotionell oder sexuell, noch materiell ausgenützt werden.

Artikel 4 (neu): (...) Arzt und Ärztin dürfen das sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebende Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen, (...)

Romann ist entschieden der Ansicht, dass es sich beim Arzt-Patienten-Verhältnis immer um ein Abhängigkeitsverhältnis handelt. Weiter beinhaltet der Antrag des ZV und der DV eine Änderung der Artikel 9, 17 und 22 des Reglements der Standeskommission. Dabei geht es um eine bessere Zusammenarbeit mit den Aufsichtsbehörden, insbesondere um die Parteistellung von Patientinnen und Patienten bei Verfahren wegen sexueller Ausnützung des Abhängigkeitsverhältnisses.

Beat Gafner/BE stellt einen Ordnungsantrag, wonach zunächst über Eintreten auf die Vorlage zu entscheiden ist. Er stellt den Antrag, nicht auf die Diskussion einzutreten.

– *Der Antrag wird mit 97 Nein gegen 39 Ja bei zwei Enthaltungen abgelehnt.*

Romann geht anschliessend auf den Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 3.2 der Genfer Ärztesgesellschaft, vertreten durch *Pierre-Alain Schneider*, ein. Diese verlangt eine Änderung von Artikel 49 *Hängiges staatliches Verfahren* der Standesordnung der FMH:

Artikel 49 (alt): Ist wegen dem gleichen Sachverhalt ein Verfahren bei einer staatlichen Behörde oder

einem staatlichen Gericht hängig, kann das Standesverfahren sistiert oder aufgehoben werden.

Artikel 49 (ergänzt): *Wenn sich die Klage jedoch auf eine Verletzung der Menschenwürde oder auf einen Missbrauch der Abhängigkeit des Patienten bezieht, führt die Kommission möglichst rasch eine erste Anhörung durch.*

Romann begrüsst den Antrag der Genfer Ärztesgesellschaft. Die Erfahrung zeige, dass die Verfahren fast immer sistiert würden. Der Artikel trage dem Anliegen Rechnung, dass diese bei Vorliegen eines sexuellen Übergriffs eben nicht mehr sistiert werden könnten.

Jacques de Haller erteilt *Pierre-Alain Schneider* das Wort. *Pierre-Alain Schneider/GE* sieht seinen Antrag zum einen als Zeichen an die Patienten, die in ihrer Menschenwürde verletzt worden sind, aber auch als ein Signal gegen aussen. Der Kampf gegen jede Art von Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses müsse für die Standeskommissionen von höchster Priorität und entsprechend in der Standesordnung festgehalten sein.

– Der Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 3.2 wird mit grossen Mehr gegen zwei Gegenstimmen bei fünf Enthaltungen angenommen.

Christine Romann/ZV stellt den Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 3.3 der VEDAG, SMSR und OMCT, vertreten durch *Peter Wiedersheim/SG* vor: Die Dachverbände der kantonalen Ärztesgesellschaften verlangen, dass die Änderungen der Standesordnung der FMH (Artikel 4 und 45) zurückzuweisen sei, «zwecks weiterer Überarbeitung, Integration der teils bereits bestehenden guten Regelungen in den Kantonen sowie Fachgesellschaften und Ausarbeitung von flankierenden präventiven Massnahmen». *Romann* hält dazu fest: In gewissen Kantonen werde sehr gute Arbeit geleistet, in anderen Kantonen bestehe Optimierungsbedarf. Der Vorschlag des ZV und der DV ziele auf etwas anderes ab. Er wolle das Verfahren verbessern. Dazu seien keine Rückfragen in den Kantonen nötig. Die Zusammenarbeit mit den Kantonen erfolge später im Sinn eines Angebots. Jeder Kanton könne beispielsweise selber über eine Ombudsstelle entscheiden.

Der Präsident erteilt nun *Peter Wiedersheim/SG* das Wort, um den Antrag der kantonalen Ärztesgesellschaft zu begründen. *Peter Wiedersheim/SG* betont, es gehe nicht um eine Verneinung des Handlungsbedarf beim Thema «sexuelle Übergriffe». Er wolle die Änderungsvorschläge zurückweisen, um sie zu verbessern und die Gelegenheit nutzen, diese wichtige und heikle Angelegenheit möglichst optimal zu regeln. Die guten Regelungen der kantonalen Ärztesgesellschaften, aber auch Fachgesellschaften, so *Wiedersheim*, seien nicht systematisch berücksichtigt worden. Die Formulierung betreffend Abhängigkeitsverhältnis entspreche nicht dem Bild des mündigen Patienten. Jeder Arzt lerne in der Ausbildung, dass er besonders darauf zu achten habe, dass kein

Abhängigkeitsverhältnis entstehe. Weiter kritisiert *Wiedersheim* das Fehlen von flankierenden Massnahmen und konkreten Vorschlägen für Betroffene und involvierte Ärzte sowie den Aspekt der Früherkennung. Er empfiehlt im Namen der drei Dachverbände VEDAG, SMSR und OMCT den Antrag des ZV und der DV zurückzuweisen. Er erklärt sich bereit mitzuhelfen, damit der ZV an der nächsten Ärztekammer mit gutem Gefühl eine mehrheitsfähige Lösung verabschieden könne.

Der *Präsident* eröffnet die Diskussion. Für *Véronique Monnier-Cornuz/VD* sind die kantonalen Gesellschaften bestens in der Lage, mit dem schwerwiegenden Problem der sexuellen Übergriffe umzugehen. Es gebe keinen Grund, sich in das Hoheitsgebiet der kantonalen Gesellschaften einzumischen. *Hanspeter Kuhn/FMH* gibt der Vorrednerin recht, dass in vielen Kantonen ausgezeichnete Arbeit geleistet wird. Doch gehe es hier um eine andere Frage. Wie die Parteirechte zu regeln sind, könne nur auf nationaler Ebene in der Standesordnung geregelt werden, die Kantone könnten hier von sich aus nichts ändern.

Philippe Vuillemin/VD hält fest, was *Christine Romann* präsentiert habe, sei gerechtfertigt. *Vuillemin* stört sich an der Formulierung «Patientin» und «Arzt» anstelle einer geschlechtsneutralen Wortwahl. *Romann* betont, sie nehme das Anliegen gerne entgegen, es sei auch ihr ein grosses Anliegen und sie bemühe sich bereits jetzt in allen Dokumenten um eine neutrale Formulierung. *Vuillemin* zeigt sich befriedigt.

Daniel Schröpfer/VSAO kommt zurück auf den eigentlichen Antrag des ZV und der DV. Der VSAO werde dem Antrag grundsätzlich zustimmen, weil

man damit die Rechte von Patientinnen und Patienten stärke. Gewisse Aspekte müssten aber noch überdacht werden. *Hans Ulrich Iselin/AG*: Selbst wenn der Antrag der VEDAG, SMSR und OMCT angenommen werde, sollte man über die Frage «eine Abhängigkeit» oder «der Abhängigkeit» abstimmen, um in diesem zentralen Punkt Klarheit zu schaffen.

Der *Präsident* schreitet zu den Abstimmungen: Bei der ersten handelt es sich um die Frage, ob die Ärztekammer die Formulierung «das Abhängigkeitsverhältnis» oder «ein Abhängigkeitsverhältnis» bevorzugt. Die überwiegende Mehrheit der Ärztekammer votiert für «ein sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebendes Abhängigkeitsverhältnis». Bei der zweiten Abstimmung geht es um den Rückweisungsantrag von VEDAG, SMSR und OMCT.

– Die Abstimmung über Antrag Nr. 1 zu Traktandum 3.3 führt zu einem Patt: 69 Ja gegen 69 Nein bei zwei Enthaltungen.

Christine Romann meint, wie auch immer eine allfällige erneute Abstimmung ausfallen würde, es wäre ihr nicht wohl, wenn allenfalls nur eine einzige Stimme das Resultat entscheiden würde. Die Diskussion zeige, dass die Zeit noch nicht ganz reif sei. Sie ziehe die Vorlage im Namen des Zentralvorstands zurück. *Romann* bedankt sich herzlich für diese wichtige Diskussion. Sie sei gerne bereit, die Vorlage im Frühling nochmals in die Ärztekammer zu bringen.

Jacques de Haller ist auch der Meinung, es handle sich um einen klugen Entscheid. Das erlaube es, gewisse Punkte noch weiter auszuarbeiten und dann ein drittes Mal mit dem Projekt an die Ärztekammer zu gelangen.



Der Zentralvorstand der FMH leitet den Ablauf der Grossveranstaltung.

Ansprache des neuen Präsidenten

Kurz vor der Mittagspause ergreift der neue Präsident, *Jürg Schlup*, das Wort: «Morgen früh übernehme ich das Präsidium der FMH. Ich freue mich und ich werde mich bemühen, Ihre Interessen bestmöglich zu vertreten. Das wird nicht immer möglich sein, das wissen Sie so gut wie ich. Ich werde den Dialog mit Ihnen suchen, weil ich der Meinung bin, dass Konflikte thematisiert und diskutiert werden sollten. Ich will Dissonanzen benennen und besprechen, damit wir einen echten Konsens erreichen und damit wir die Kräfte bündeln und mit einer Stimme gegen aussen sprechen können. Das muss nicht immer dieselbe Stimme sein, aber es sollte immer eine Stimme sein. Ich suche den Dialog mit Ihnen und ich habe in den letzten Wochen verschiedene Besuche machen können und werde weitere noch durchführen, so bei der Ärztesgesellschaft Solothurn, bei der Association des Médecins du Canton de Genève, beim Ordine dei medici del Cantone Ticino, bei der FmCh, bei den Chirurgen, bei den Hausärzten sowie beim VSAO. Ich freue mich auf Ihre Einladungen, um mit Ihnen zusammen den Dialog pflegen zu können. Ich werde mich einsetzen für die Gestaltungsfreiheit Ihrer Behandlungen. Ich werde mich einsetzen für gute Rahmenbedingungen unserer Berufsausübung. Ich werde mich einsetzen für eine angemessene Entschädigung des Arztberufs und ich werde mich einsetzen für eine qualitativ hochstehende ärztliche und medizinische Versorgung der Patienten. Mit einem gut zugänglichen System und mit einem System von hohem Patientennutzen. Ein Wechsel ist immer auch eine Chance, und ich werde diese Chance zu nutzen versuchen, in Ihrem Sinne. Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung.»

Ansprache von Bundesrat Alain Berset

Nach der Mittagspause kann die Ärztekammer Bundesrat *Alain Berset* empfangen. Der EDI-Vorsteher stellt – gleich wie die FMH – die Patientinnen und Patienten ins Zentrum seiner Gesundheitspolitik. Berset sieht die Sicherung der Lebens- und Versorgungsqualität, die Stärkung der Chancengleichheit und die Verbesserung der Steuerung der medizinischen Versorgung als die grossen kommenden Herausforderungen. Diese seien – trotz der hohen Komplexität des Schweizer Gesundheitssystems – zu meistern. Hierfür müssten, so Bundesrat Berset, alle Akteure «konsensorientiert denken und sich dafür einsetzen, gemeinsame, gut austarierte Lösungen zu finden». Bundesrat Berset appelliert an die FMH-Delegierten, an der Weiterentwicklung eines nachhaltigen Gesundheitssystems mitzuarbeiten und dessen Modernisierungen mitzutragen – etwa die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle oder des elektronischen Patientendossiers.

Verabschiedung Jacques de Haller

Ernst Gähler verabschiedet Jacques de Haller. Er

dankt ihm für seine grossen Verdienste für die Ärzteschaft und die FMH. Auch wenn sie natürlich nicht immer einer Meinung gewesen seien, habe man stets Lösungen für die Ärzteschaft und die Patienten finden können. Jacques de Haller habe sich in den Jahren an der Spitze der FMH zu einem Präsidenten entwickelt, «welcher zuhören kann, aber auch bereit ist, seine Meinung zu ändern, wenn es faktenbasierte Gründe dazu gibt». Auch auf internationaler Ebene habe de Haller Zeichen gesetzt und sich Gehör verschaffen können. «Wenn ich die letzten sechs Jahre Revue passieren lasse, habe ich dich als lernenden Präsidenten erlebt, der Meinungsverschiedenheiten ausdiskutiert und gemeinsame Lösungen gesucht hat. Du hast mit der FMH viel erreicht und grosse Arbeit geleistet, auch dafür möchte ich dir ganz herzlich danken. Ich wünsche dir für deine Zukunft alles Gute, gute Gesundheit, und mach's gut.»

Pierre-François Cuénoud richtet sich ebenfalls an den scheidenden Präsidenten. Er erinnert zunächst an dessen Wahl 2004. Eine Herkulesarbeit habe de Haller erwartet. Seine erste Amtshandlung habe darin bestanden, komplexe finanzielle Gebilde zu entflechten und diesbezüglich aufzuräumen. De Haller habe einen partizipativen Führungsstil eingeführt. Die daraus resultierende Debattenkultur habe dem ZV erlaubt, Entscheide während seiner Sitzungen reifen zu lassen. Der Respekt vor anderen Meinungen habe dazu geführt, dass sich Spezialisten ebenso wie die Spitalärzte respektiert gefühlt hätten. Jeder finde in der FMH seinen Platz. De Haller habe nach zähen internen Verhandlungen auch erreicht, dass eine Delegiertenversammlung ins Leben gerufen worden sei. Cuénoud betont, dass die FMH intern an Effizienz und extern an politischem Gewicht gewonnen habe.

In Anekdoten beschreibt *Cuénoud* den Charakter des scheidenden Präsidenten. Legendär sei etwa de Hallers Spiel mit den karategeschulten Händen. Habe er jeweils geklatscht, sei das nicht etwa Zeichen des Applauses gewesen, sondern die unmissverständliche Aufforderung zu arbeiten. Der Glastisch im Sekretariat sei zwei Mal Opfer der starken de Hallerschen Hände geworden. Cuénoud erinnert auch an Episoden sportlicher Art des überzeugten Radfahrers de Haller und an dessen inniges Verhältnis zu seinem Mac. «Du, Lucky Luke der elektronischen Post, beantwortest Mails rascher, als ein Mausklick sein kann, sei es mitten in einer Sitzung oder um ein Uhr dreiundvierzig am Morgen.»

Cuénoud erinnert im Weiteren daran, dass sich de Haller auch auf internationalem Parkett überzeugend bewege. Während des Diners der «Assemblée européenne des médecins dirigeants d'hôpitaux» habe man ihm, Cuénoud, zugerannt: «Sie haben Glück, über einen Präsidenten dieses Kalibers zu verfügen.»

Die Bilanz der zwei Legislaturen mit de Haller als Präsidenten bezeichnet Cuénoud als sehr positiv. Er

habe aus der FMH einen zentralen politischen Akteur geschaffen. De Hallers starker Charakter und seine Überzeugungen hätten manchmal für Irritationen gesorgt, aber sein Respekt vor der Mehrheitsmeinung habe stets überwogen. Cuénoud dankt Jacques de Haller «von ganzem Herzen für diese schönen Jahre» und wünscht ihm eine neue Tätigkeit, bei der er seine Fähigkeiten wiederum voll einsetzen könne.

Abschiedsrede Jacques de Haller

In seiner Abschiedsrede sagt der scheidende Präsident *Jacques de Haller*, die FMH sei in den letzten Jahren zu einer starken, modernen und demokratischen Institution und zu einem der einflussreichsten Verbände überhaupt aufgebaut worden. Das bringe aber auch eine grosse Verantwortung mit sich. Um dieser gerecht zu werden, müsse die Institution unablässig ihre Ziele vor Augen haben und sie in einer Vision verankern. *De Hallers* Vision in der achteinhalb jährigen Präsidentschaft war jene einer Medizin, die sich leidenschaftlich für die Patienten einsetzt. Deren Wohlergehen ende nicht damit, dass sie keine Schmerzen hätten; vielmehr müssten sie ihre Kreativität leben, diese in der Gesellschaft einsetzen und sich selbst sein können. In der FMH habe er, *de Haller*, grossen Wert auf Meinungsfreiheit gelegt. In diesem Sinn ruft er die Mitglieder auf, toleranter zu sein, abweichende Meinungen zuzulassen, keine Angst vor starken Instanzen zu haben und den Verantwortlichen an der Spitze genügend Vertrauen entgegenzubringen. Der scheidende *Präsident* empfiehlt der FMH zudem, sich gesellschaftlichen Veränderungen nicht zu verschliessen und immer neu zu definieren, was das Wesen des Arztes ausmache. Nur mit einer klaren Ethik sichere sich der Ärztestand auch in Zukunft das Vertrauen der Gesellschaft. *De Haller* schliesst mit der Bemerkung, er

selber wisse noch nicht, wohin ihn sein Berufsweg nun führe. Die FMH könne sich seiner Loyalität aber weiterhin gewiss sein. *Die vollständige Rede findet sich in einer der nächsten Ausgaben der SÄZ.*

4. Budget 2013 von SIWF, GPK und FMH

Jacques de Haller übergibt an *Roland Schwarz* von der Geschäftsprüfungskommission (GPK).

Roland Schwarz/GPK nimmt vorab zu zwei Punkten kurz Stellung. Der erste ist die Salärliste 2013 der Mitglieder des Zentralvorstands, welche alle stimmberechtigten Ärztekammer-Mitglieder erhalten haben. Diese entspreche nicht dem Beschluss der Ärztekammer vom 10. Dezember 2009: «Die Jahresbezüge der einzelnen Mitglieder des Zentralvorstandes werden den Ärztekammer-Delegierten alljährlich schriftlich mitgeteilt.» Es gehe um eine Aufstellung im Nachhinein. Die ausgeteilte Liste hingegen spreche von den «voraussichtlichen Bruttolöhnen» und sie sei auch nicht vollständig. Schwarz bittet deshalb den ZV, anlässlich der nächsten Ärztekammer vom April 2013 den stimmberechtigten Ärztekammer-Mitgliedern eine Liste gemäss Beschluss der Ärztekammer zu übergeben.

Weiter äussert sich *Schwarz* zur Abfindung des Präsidenten. In den Medien würde kolportiert, es gäbe eine Sonderregelung für den abtretenden Präsidenten. Von einer solchen könne nicht die Rede sein. Beim Amtsantritt *de Hallers* habe noch eine frühere Regelung gegolten. Die GPK habe diese im Jahr 2010 geändert, weshalb die alte nur noch für den jetzt abtretenden Präsidenten gelte, aber völlig rechtens sei. Sie hätte in Bezug auf *de Haller* nur durch eine Änderungskündigung abgeändert werden können. Die neue Regelung sei im Übrigen nicht mehr so grosszügig ausgelegt.

Jacques de Haller dankt für die Präzisierungen und gibt das Wort an *Christoph Hänggeli/SIWF* zur Präsentation des Budgets des SIWF, Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 4.1, eingereicht vom Vorstand des SIWF.

4.1 Budget SIWF 2013

Christoph Hänggeli/SIWF erklärt, im nächsten Jahr seien betreffend Budget SIWF keine grösseren Veränderungen zu erwarten. Haupteinnahmequelle seien bekanntlich die Titelgebühren. In den letzten Jahren habe eine gewisse Konsolidierung stattgefunden, so seien wieder etwas mehr Titel erteilt worden, und gemäss Hochrechnungen dürfe man erwarten, dass die Zahl auch 2012 noch einmal gering zunehme. *Hänggeli* weist darauf hin, dass bald ein Drittel aller eidgenössischen Diplome, die man erteile, an ausländische Ärztinnen und Ärzte gehe. Er kenne kein Land mit einer derart hohen Zahl. Der FMH-Titel sei offensichtlich attraktiv: «Es scheint, als würden alle ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die hier in der Schweiz die Weiterbildung absolvieren, auch den Titel in der Schweiz erwerben, obwohl sie es im Hei-



Neben angeregten Diskussionen bietet die Ärztekammer auch Platz für Reflexion.

matland wahrscheinlich viel schneller und viel günstiger haben könnten.»

Hänggeli rechnet für 2013 mit leicht höheren Einnahmen als 2011. Mit diesem Ertrag könne das SIWF wieder ein mehr oder weniger ausgeglichenes Budget mit einem moderaten Defizit von 125 000 Franken vorlegen. Die Gebühren, so *Hänggeli* weiter, müssten nicht angehoben werden. Im Gegenteil – schliesse man noch besser ab als erwartet, werde man im nächsten Jahr die Gebühren senken können.

Jacques de Haller nimmt zur Kenntnis, dass es zum Budget des SWIF keine Fragen gibt, und bittet Roland Schwarz, das Budget 2013 der GPK zu präsentieren, Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 4.2, eingereicht vom ZV.

4.2 Budget GPK 2013

Roland Schwarz/GPK informiert über das Budget der GPK und steht für allfällige Fragen zur Verfügung.

Jacques de Haller übergibt an *Emanuel Waeber/FMH* zur Präsentation des Budgets der FMH, Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 4.3, eingereicht vom ZV.

4.3 Budget FMH 2013

Emanuel Waeber: Aufgrund des Beschlusses der letzten Ärztkammer vom 7. Juni dieses Jahres, den Budgetprozess grundsätzlich zu überarbeiten und das entsprechende Budget für das Folgejahr jeweils an der Herbst-, und nicht wie bis anhin an der Frühlingsversammlung, zu verabschieden, haben sich seitens FMH einige Budgetanpassungen ergeben. Der nun neu initialisierte Planungs- und Budgetierungsprozess wird seine Wirkung aber aus zeitlichen und umsetzungstechnischen Gründen erst in einem Jahr mit dem Vorliegen des Budgets 2014 zeigen. Das Budget 2013 weist einen Verlust von CHF 381 000.– aus, das sind insgesamt CHF 256 000.– für die FMH und CHF 125 000.– für die SIWF. Die Angaben zum Verlust für 2013 sind mit Vorsicht aufzunehmen, denn die Zielgenauigkeit des budgetierten Ergebnisses basiert noch nicht auf dem neuen Budgetierungsprozess.

Mit den neu überarbeiteten Quartalsabschlüssen besteht nun die Möglichkeit, den Mitgliedern der Ärztkammer einen Forecast zu präsentieren. Der Ertrag der FMH beläuft sich gemäss Budget 2013 auf 20,5 Millionen Franken, die gebundenen Ausgaben belaufen sich auf circa 19,65 Millionen, und der Aufwand für Projekte auf rund 1,1 Millionen. Ziel des Forecasts sind insgesamt mehr Aussagekraft und Transparenz in Bezug auf die Kostenstruktur der FMH.

Auf den 7. Juni 2012 hatte *Waeber* einen budgetierten Verlust für 2013 von CHF 441 492.– präsentiert; aufgrund der Entscheidung der Ärztkammer, den Budgetgenehmigungsprozess auf die Ärztkammersitzung vom Dezember zu verschieben, sind intern noch zusätzliche Einsparungen vorgenommen

worden. Aufgrund des guten Geschäftsergebnisses 2011 sind keine zusätzlichen Auflösungen von Reserven erforderlich.

Der *Präsident* übergibt das Wort *Ernst Gähler/ZV* für den Sonderbeitrag NAKO, Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 4.3.1, eingereicht vom ZV.

4.3.1 Sonderbeitrag NAKO

Ernst Gähler/ZV erklärt: Die FMH erhebt bei den Mitgliedern der Kategorien 1 und 2 einen zweckgebundenen Sonderbeitrag von 40 Franken zugunsten der Nationalen Konsolidierungsstelle NAKO, in welcher die Daten aller TrustCenter zusammengeführt werden (NewIndex). *Gähler* weist auf die sehr grosse Bedeutung der Daten für die Ärzteschaft hin. Diese seien nicht nur für den Vergleich mit den Kollegen oder als Grundlage bei einem WZW-Verfahren wertvoll, sondern auch bei den Tarifverhandlungen im Rahmen von TARVISION oder der Revision der Analysenliste. Die FMH sei der einzige Verband im Gesundheitswesen, der dank NAKO konstant über konsolidierte Zahlen verfüge. Bei dieser Gelegenheit erinnert *Gähler* auch an die Bedeutung der ROKO-Daten: Ohne ROKO-Daten könnten die Kostenmodelle nicht aktualisiert werden. Er appelliert deshalb an alle Praxisärzte, die ROKO-Daten zu liefern, und bittet die Fach- und kantonalen Ärztesellschaften, ihre Mitglieder entsprechend zu ermahnen.

Warum ein Sonderbeitrag? Die Finanzierung der NAKO könne mit den bestehenden Verträgen mit den Ärzteorganisationen nicht sichergestellt werden

– die Ansprüche an das NAKO-System steigen kontinuierlich und die Ärzteschaft benötigt immer mehr konsolidierte Daten für die Verhandlungen. Aufgrund organisatorischer Anpassungen, so *Gähler* weiter, sollte ab 2014 der Beitrag für NAKO ins ordentliche Budget der FMH überführt werden können.

– Die Anträge über die Genehmigung der Budgets (Nr. 1 zu Traktandum Nr. 4.1; Nr. 1 zu Traktandum Nr. 4.2, Nr. 1 zu Traktandum Nr. 4.3 und Nr. 1 zu Traktandum Nr. 4.3.1) werden mit grossem Mehr, ohne Gegenstimmen und mit zwei Enthaltungen angenommen.

5. Weitere Änderungen in den Statuten, Geschäftsordnung und Standesordnung

5.1 Statutenänderung – Umsetzung Antrag Girr (ZH) aus ÄK Mai 2011

5.1.1 Statutenänderung (Antrag Zentralvorstand)

5.1.2 Statutenänderung (Antrag AMG)

Jacques de Haller erteilt *Hanspeter Kuhn/FMH* das Wort, um den Vorschlag des ZV zur Umsetzung des Antrags Girr/ZH aus der Ärztkammersitzung von Mai 2011 vorzustellen (Antrag Nr. 1 zu Traktandum



Auch für Bundesrat und EDI-Vorsteher Alain Berset steht das Wohl der Patientinnen und Patienten an erster Stelle.

Nr. 5.1.1). *Kuhn* erinnert an den Antrag *Girr*: «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.» Damit habe *Girr* sicherstellen wollen, dass der Vorstand wisse, was er politisch vertreten solle. Gleichzeitig sollte auch gewährleistet sein, dass Urabstimmungen nur dann durchgeführt würden, wenn sie wirklich nötig seien. Der ZV, so *Kuhn*, schlage der Ärztekammer nun folgende Formulierung vor (Ergänzung Artikel 49 FMH-Statuten, Absatz 3): «Erscheint im Hinblick auf die Vertretung der FMH in berufspolitischen Fragen aussen die Meinung der Basis nicht klar, kann der ZV eine Mitgliederumfrage durchführen.» *Kuhn* erläutert: Es sei immer eine Ermessensfrage, ob die Meinung klar sei oder nicht – und in der Politik müsse man entscheiden können: Wo fragt man nach und wo geht man einen Schritt weiter? Der ZV habe schon früher aus eigener Initiative Mitgliederumfragen durchgeführt. Der Auftrag zu einer Mitgliederumfrage könne aufgrund der geltenden Statuten natürlich auch von der Ärztekammer oder der Delegiertenversammlung kommen. Der ZV sei also nicht der einzige, der entscheide, ob ausreichend Kenntnis über den Willen der Basis vorhanden sei. Die ausdrückliche Erwähnung der Mitgliederum-

frage bei den Zuständigkeiten des ZV macht das Instrument transparent.

Didier Châtelain/GE stellt im Auftrag der Genfer Ärztesgesellschaft den Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 5.1.2, der eine weit verbindlichere Formulierung verlangt:

Artikel 49, Abs.3): Bevor der ZV zu Fragen im Zusammenhang mit der Standespolitik eine öffentliche Stellungnahme abgibt, die für die FMH verbindlich ist, muss er eine Befragung der FMH-Mitglieder durchführen, um die Meinung der Basis einzuholen. Wenn sich die Umstände geändert haben, muss der ZV eine solche Befragung erneut durchführen.

Marc Müller/Hausärzte Schweiz votiert dezidiert gegen den Antrag der Genfer Ärztesgesellschaft. Dieser schiesse weit übers Ziel hinaus. Werde der Antrag angenommen, könne die FMH alle ihre Gremien abschaffen – ausser dem ZV und der Mitgliederbefragung. *Thomas Heuberger/BE* unterstützt seinen Vordner und gibt zu bedenken, dass man darauf achten müsse, die FMH nicht mit dauernden Befragungen lahmzulegen. *Angelo Cannova/ZH* hält dagegen und meint, das Instrument der Befragung werde sicher nicht missbraucht, vielmehr sei es angebracht, bei wichtigen Entscheiden die Meinung der Basis zu kennen. *Christine Romann/ZV* weist darauf hin, dass sich der Antrag der Genfer auf «Fragen im Zusammenhang mit der Standespolitik» beziehe. Das betreffe so ziemlich alles, was der ZV mache. Was hier gefordert werde, würde die Struktur der FMH in Frage stellen. *Didier Châtelain/GE* hält diese Befürchtung für übertrieben und weist darauf hin, die Arbeit im Zentralvorstand wäre in den letzten beiden Jahren einfacher gewesen, hätte man über die Meinung der Basis besser Bescheid gewusst.

Der *Präsident* führt über zu den Abstimmungen.

- Der Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 5.1.2 der Genfer Ärztesgesellschaft wird mit 88 Nein und 9 Ja bei 5 Enthaltungen abgelehnt.
- Der Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 5.1.1 des ZV wird mit deutlichem Mehr angenommen.

5.2 Anpassung Geschäftsordnung:

Art. 31 Planungs- und Budgetierungsprozess

Jacques de Haller gibt das Wort an *Anne-Geneviève Bütikofer/FMH*, um den Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 5.2 des Zentralvorstandes betreffend der Geschäftsordnung der FMH zum Planungs- und Budgetierungsprozess vorzustellen. *Bütikofer* erklärt, es handle sich hier lediglich um eine Formalität: Da an der letzten Ärztekammer beschlossen worden sei, jährlich zwei Ärztekammern durchzuführen – nicht zuletzt um den Budgetprozess zu optimieren – gelte es nun, den Planungs- und Budgetierungsprozess entsprechend anzupassen. Das Budget wird künftig an der Herbst- und nicht wie bis anhin an der Frühjahrsversammlung verabschiedet.

- Der Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 5.2 wird mit grossem Mehr angenommen.

6. Ersatzwahl Vizepräsident FMH-Standeskommission

Als Ersatz für den verstorbenen *Dr. Alexandre Marmier* schlägt der SMSR *Charles-Abram Favrod-Coune* vor. Dieser wird mit grossem Mehr ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen gewählt.

7. Bestätigung von gewählten Mitgliedern der Delegiertenversammlung

7.1 Ordentliche Delegierte/Ersatzdelegierte

Der *Präsident* weist darauf hin, dass die Betreffenden von den Dachverbänden gewählt worden sind und ihre Wahl der Ärztekammer zur Bestätigung vorgelegt wird. Er fragt, ob jemand hierzu das Wort ergreifen möchte. Dies ist nicht der Fall, und *Jacques de Haller* schreitet zur Abstimmung.

Bestätigung der ordentlichen Delegierten

SMSR

- Bisher: *Charles-Abram Favrod-Coune* und *Jean-Daniel Schumacher*.
- Neu: *Véronique Monnier-Cornuz* und *Marc-Henri Gauchat*

SFSM

- Bisher: *Christian Seiler*
- Neu: *Urs Kaufmann*

VEDAG

- Bisher: vakant (bis 7.6.2012: *Urs Stoffel*)
- Neu: *Karin Stadlin*

VSAO

- Bisher: *Fabrice Dami* und *Vincent Cattin*
- Neu: *Hervé Spechbach* und *Anja Zyska*

Bestätigung der Ersatzdelegierten:

SMSR

- Bisher: *Marc-Henri Gauchat*
- Neu: *Jean-Daniel Schumacher*

Der *Präsident* schlägt eine Abstimmung en bloc vor. Die Wahl erfolgt ohne Gegenstimme und Enthaltungen.

8. Varia

8.1 Entwurf Artikel 55a KVG (Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung)

Jacques de Haller führt über zum Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 8.1 der waadtländischen Ärztesgesellschaft (SVM). Diese fordert: «Falls die eidgenössischen Räte Art. 55a beschliessen, sollen sie den Geltungsbereich auch auf die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ausdehnen». Der *Präsident* erteilt *Véronique Monnier-Cornuz/SVM* das Wort: Bei einer

Wiedereinführung des Zulassungsstopps verlangt *Monnier-Cornuz*, gelte es unbedingt zu verhindern, dass sich praktizierende Ärzte ungesteuert niederlassen und eine Praxis eröffnen könnten. Bei den praktizierenden Ärzten handle es sich mitunter um Ärzte ohne korrekte Ausbildung, ohne Weiterbildung und ohne Fachexamen. Andere wiederum, Spezialisten, würden aus dem Ausland in die Schweiz kommen und sich als praktizierende Ärzte niederlassen. Es gehe darum, die jungen Schweizer Ärzte, alle mit einer guten Ausbildung, zu schützen. *Monnier-Cornuz* hofft auf ein entsprechendes Signal der Ärztekammer an die Politik.

Jacques de Haller ergänzt, dass Schweizer Spezialisten sowie Allgemeinpraktiker oder Internisten mit einem zweiten Titel nicht auf ihre Titel verzichten dürften, während Ärzte aus dem Ausland angeben könnten, sie seien praktizierende Ärzte ohne Titel, um so den Zulassungsstopp zu umgehen. Weiter erinnert *Jacques de Haller* daran, dass die Ärztekammer nicht mehr die politische Instanz der FMH sei. Dafür sei die Delegiertenversammlung zuständig. Die Ärztekammer könne aber durchaus zuhanden des ZV und der DV eine Resolution verabschieden.

Pierre-Alain Schneider/GE schlägt vor, die Ärztekammer verlange, die Bedürfnisklausel sei auf alle Ärzte auszudehnen. Dies würde – nicht nur im Kanton Genf – einem grossen Bedürfnis entsprechen. *Marc-Henri Gauchat/SMSR* erklärt, die Allgemeinmediziner aus Frankreich, die sich in der Westschweiz niederliessen, würden über keine mit den Schweizer Kollegen vergleichbare Ausbildung verfügen. Die Mehrheit habe nie in einem Spital gearbeitet. Die deutschen Ärzte demgegenüber könnten eine gleichwertige Ausbildung vorweisen. *Vinzenzo Liguori/TI* hält fest, das Tessin unterstütze die Kollegen aus der Westschweiz. Als Grenzregion kämpfe man mit denselben Problemen. Es sei nicht schizophren, wenn man auf der einen Seite den Hausarztmangel kritisiere und auf der anderen Seite den Zustrom aus dem Ausland stoppen wolle. Die ausländischen Kollegen würden ihre Praxis nicht dort eröffnen, wo Mangel herrsche, etwa in Bergregionen, sondern in den Städten, wo kein Hausarztmangel herrsche. *Beat Gafner/BE* betont, er sei ein Gegner des Zulassungsstopps und wolle nicht eine Gruppe von Kollegen, die sich in seiner Betrachtung bewährt hätten, «für die nächsten zehn Jahre ausschliessen». Darum könne er den Antrag der Waadtländer Ärztesgesellschaft nicht unterstützen. Man müsse auf kantonaler Basis eine andere Regelung finden. Für *Marc Müller/Hausärzte Schweiz*, ist es problematisch, die Bedürfnisklausel auf die Grundversorger anwenden zu wollen, da es dort erwiesenermassen einen Mangel gebe. Dies wäre seiner Meinung nach eine noch unmöglichere Regelung als die einfache Verlängerung des Zulassungsstopps, welche die Hausärzte auch schon bekämpft hatten. «Wir haben klar ge-

sagt: es braucht eine Steuerung, es braucht aber eine Steuerung nach unten und nach oben und nicht nur ein Verbot.»

Der *Präsident* schreitet zur Abstimmung über den Antrag der Waadtländer Ärztesgesellschaft und den Ergänzungsantrag der Genfer, wonach die Ärztekammer dafür plädieren solle, den Zulassungsstopp auf die Grundversorger auszudehnen.

- Der Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 8.1 der waadtländer Ärztesgesellschaft wird mit grossem Mehr und vereinzelt Gegenstimmen angenommen.

- Der Antrag von Pierre-Alain Schneider/GE wird mit 61 Nein zu 54 Ja und 9 Enthaltungen abgelehnt.

9. Termine

Die nächste Ärztekammer tagt am Donnerstag, 25. April 2013, im Kongresshaus Biel. *Jacques de Haller* bedankt sich abschliessend für die engagierte Teilnahme aller Anwesenden und schliesst die Sitzung um halb fünf.

Glossar	
ÄK	Ärztammer
AMG	Association des Médecins du canton de Genève
BAG	Bundesamt für Gesundheit
DV	Delegiertenversammlung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
fmCh	Foederatio medicorum chirurgicorum helvetica
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren
GRAT	Gesamt-Revision des Arzt-Tarif
H+	Die Spitäler der Schweiz
HPC	Health Professional Card
IKS	Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MFE	Médecins de famille et de l'enfance / Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
NAKO	Nationale Konsolidierungsstelle
OMCT	Ordine dei Medici del Cantone Ticino
ReMed	Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte
ROKO	Rollende Kostenstudie
SÄZ	Schweizerische Ärztezeitung
SFSM	Swiss Federation of Specialities in Medicine
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMSR	Société médicale de la Suisse romande
SVM	Waadtländische Ärztesgesellschaft
TARMED	Tarif Medizin für ambulante Einzelleistungen
TARVISION	Projekt der FMH zur Revision der Tarifstruktur von TARMED
TransAL	Analysenliste
VEDAG	Verband deutschschweizerischer Ärztesgesellschaften
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
WZW-Verfahren	Wirksam, Zweckmässig und Wirtschaftlich
ZV	Zentralvorstand