

# Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

KR-Nr. 408/2024

Sitzung vom 19. März 2025

## 296. Motion (Keine kostenpflichtige Fast Lane an Zürcher Spitälern)

Kantonsrat Daniel Heierli, Zürich, und Mitunterzeichnende haben am 9. Dezember 2024 folgende Motion eingereicht:

Der Regierungsrat wird beauftragt, die gesetzlichen Grundlagen in dem Sinne zu präzisieren, dass an Zürcher Listenspitäler keine Zusatzgebühren für eine beschleunigte Behandlung von Patienten erhoben werden dürfen. Dies soll sowohl für stationäre wie auch für ambulante Behandlungen gelten, unabhängig davon, ob die Patienten allgemein oder privat versichert sind.

### *Begründung:*

Gemäss einem Artikel in der NZZaS vom 2. Juni 2024 (Seite 16) gibt es private Zürcher Listenspitäler, an welchen es bei gewissen Ärzten «gang und gäbe» ist, dass man als allgemeinversicherter Patient für eine rasche ambulante Behandlung eine zusätzliche Gebühr zahlen muss.

In der Antwort auf Anfrage 211/2024 stellt der Regierungsrat klar, dass er solche Praktiken an kantonalen Spitäler nicht duldet. Dies ist zu begrüssen und sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein, da eine bevorzugte Behandlung gegen Zusatzgebühr den Grundsatz der Gleichbehandlung der OKP-Versicherten verletzen würde.

Wie oben erwähnt, gibt es jedoch private Listenspitäler, welche eine solche Praxis dulden, mit der Begründung, es handle sich dabei um eine «echte Mehrleistung». Nach Einschätzung des Regierungsrates (Antwort auf Anfrage 211/2024) ist dies bei heutigem Stand der Gesetze nicht vollständig geregelt. Da eine solche Praxis aber im Geiste klar dem Prinzip der Gleichbehandlung widerspricht, ist es geboten, die gesetzlichen Grundlagen entsprechend zu präzisieren.

Private Spitäler sind nicht verpflichtet, Listenspitäler zu sein. Wenn sie aber die Vorteile des Listenspital-Systems haben möchten, sollen sie sich auch volumnfänglich an der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich beteiligen.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion  
beschliesst der Regierungsrat:

I. Zur Motion Daniel Heierli, Zürich, und Mitunterzeichnende wird wie folgt Stellung genommen:

Die vorliegende Motion verlangt ein Verbot der Erhebung von Zusatzgebühren für eine beschleunigte Behandlung von Patientinnen und Patienten im stationären und ambulanten Bereich. Ebenfalls sollen sowohl Allgemein- als auch Privatversicherte sowie Selbstzahlerinnen und Selbstzahler von diesem Verbot erfasst werden. Auch geht die Motion von der grundlegenden Annahme aus, dass die Erhebung einer solchen Zusatzgebühr dem rechtlichen Gleichbehandlungsgebot widerspricht.

Der Regierungsrat hat bereits im Rahmen der Beantwortung der Anfrage KR-Nr. 211/2024 betreffend Kostenpflichtige Fast Lane an Zürcher Spitäler? zu einer ähnlichen Fragestellung ausführlich Stellung genommen. Wie dabei festgehalten, ist die Erhebung einer solchen Zusatzgebühr aufgrund der geltenden gesetzlichen Grundlage nur eingeschränkt möglich. Gemäss den vom Regierungsrat beschlossenen generellen Anforderungen, die für alle Listenspitäler gelten, sind diese verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und Kapazitäten im stationären Bereich sämtliche Zürcher Patientinnen und Patienten nach rechtsgleichen Kriterien und medizinischer Dringlichkeit sowie unabhängig von Versicherungsklasse oder Schweregrad einer Erkrankung aufzunehmen und zu behandeln. Eine Bevorzugung von Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung oder mit geringerem Schweregrad bei der Aufnahme ist nicht zulässig.

Die Rechtsgleichheit gemäss Art. 8 der Bundesverfassung (BV, SR 101) schliesst hingegen Mehrleistungen zugunsten von zusatzversicherten bzw. selbstzahlende Patientinnen und Patienten nicht für sich aus. Mehrleistungen dürfen mit einer Privilegierung für zusatzversicherte oder selbstzahlenden Patientinnen und Patienten verbunden sein, wenn diese z. B. ihren stationären Eintritts- und Operationstermin frei wählen können, beim Spitalaufenthalt bessere Hotellerieleistungen beanspruchen oder ihre behandelnde Ärztin bzw. ihren behandelnden Arzt frei wählen können. Allerdings dürfen sich Mehrleistungen nicht zu einem gesundheitlichen Nachteil der Grundversicherten auswirken, z. B. wenn diese aufgrund der Bevorzugung von Zusatzversicherten unzumutbar längere Wartezeiten für ihre Behandlungen oder in einer ähnlichen Situation eine ungenügende Betreuung hinnehmen müssten. Ebenso sind Mehrleistungen verboten, wenn es sich um medizinische Nothilfe gemäss Art. 12 BV und Art. 40 Bst. g des Medizinalberufegesetzes (MedBG,

SR 811.11) handelt oder Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) bzw. deren Standard tangiert werden.

Im ambulanten Bereich stellt sich überdies die Frage, ob es sich bei einer beschleunigten Behandlung von Patientinnen und Patienten um eine «echte Mehrleistung» handelt. Eine Mehrleistung muss detailliert belegt werden können. Das heisst, die Mehrleistung ist mit einer oder mehreren Leistungen gemäss KVG verbunden, geht aber über deren Leistungsumfang hinaus. Eine solche Mehrleistung ist – wie im stationären Bereich – unzulässig, wenn sie den Leistungsstandard gemäss KVG oder die Aufnahmepflicht eines Listenspitals beeinträchtigt. Dies wäre der Fall, wenn Termine für noch nicht angemeldete Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherungen auf Vorrat freigehalten und dadurch ausschliesslich grundversicherte Patientinnen und Patienten abgewiesen würden. Hingegen ist davon auszugehen, dass die Aufnahmepflicht nicht verletzt ist, wenn Grundversicherten nicht der nächstmögliche Termin vergeben wird, sofern keine medizinische Dringlichkeit besteht. Ob es sich bei einer beschleunigten Behandlung im ambulanten Bereich allerdings tatsächlich um eine honorarberechtigte «echte Mehrleistung» handelt, ist weder gesetzlich vollständig geregelt, noch hat sich das Bundesgericht als letzte Instanz dazu schon in allgemeingültiger Weise geäußert (vgl. Beantwortung der Anfrage KR-Nr. 211/2024).

Unter diesen Bedingungen sind Leistungsdifferenzierungen derzeit sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich möglich, insbesondere wenn es um den Zeitpunkt von Untersuchungen und Behandlungen geht. Die Kosten für solche Mehrleistungen können durch entsprechende Zusatzversicherungen oder Selbstzahlung gedeckt werden. Allerdings darf die Festlegung des Zeitpunktes einer Behandlung für Grundversicherte nicht missbräuchlich erfolgen, d. h. bei freien Kapazitäten muss Grundversicherten ein zumutbarer Termin angeboten werden. Die Zumutbarkeit ist anhand der medizinischen Indikation und Dringlichkeit zu beurteilen. Ambulant oder stationär durchgeführte Eingriffe müssen abgestuft nach ihrer Dringlichkeit vorgenommen werden. Das heisst, wenn eine Behandlung innert 24 Stunden oder unmittelbar medizinisch indiziert ist, z. B. bei einem Notfall, kann es keine Mehrleistung für eine Wahl des Zeitpunktes geben. Diese rasch vorzunehmenden Eingriffe entsprechen dem Leistungsstandard gemäss KVG. Handelt es sich hingegen um einen Wahleingriff, welcher zumindest für eine gewisse Zeit aufgeschoben werden kann, könnte eine Mehrleistung durch freie Wahl eines Termins vor Eintreten der medizinischen Dringlichkeit gegeben sein.

Der Zeitpunkt nach Diagnosestellung, zu dem ein Eingriff medizinisch indiziert bzw. dringlich ist, kann bei Wahleingriffen erheblich variieren. Meist kann dieser Zeitpunkt auch nicht exakt festgelegt werden, sondern es handelt sich eher um einen Zeitraum. Die Spanne ab Diagnosestellung bis zum Zeitraum der aus medizinischer Sicht dringlichen Indikation hängt unter anderem von der Erkrankung sowie von individuellen Zusatzfaktoren (z. B. allgemeiner Gesundheitszustand und Begleiterkrankungen) ab. Zu berücksichtigen ist der natürliche Verlauf u. a. verbunden mit Beschwerden. Ebenso sind durch die Krankheit bedingte irreversible Einschränkungen zu beachten. Zusätzlich muss – zumindest in spezifischen Situationen (z. B. bei Krebserkrankungen) – neben den erwähnten physisch-medizinischen Kriterien die psychische Belastungssituation der betroffenen Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden.

Eine Verschärfung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen im von der Motion geforderten Ausmass ist auf kantonaler Ebene weder umsetzbar noch sinnvoll. Der ambulante Bereich ist grundsätzlich im Bundesrecht geregelt. Für den Kanton besteht dabei kein gesetzgeberischer Handlungsspielraum. Für den stationären Bereich regelt § 1 des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG, LS 813.20) die Sicherstellung einer ausreichenden und langfristig finanziabaren Gesundheitsversorgung in Spitälern. Auch sollen wettbewerbliche Elemente gefördert werden und damit positive Impulse für ein vielfältiges und konkurrenzfähiges Leistungsangebot der Spitäler zu günstigen Preisen und in hinreichender Qualität gesetzt werden. Einerseits sollen gesetzliche Rahmenbedingungen Wettbewerb ermöglichen und andererseits den nach wie vor unverändert bestehenden Anspruch der grundversicherten Patientinnen und Patienten auf rechtsgleichen, raschen Zugang zu einer umfassenden Versorgung sicherstellen. Dennoch gehört der Zusatzeistungsbereich grundsätzlich den Regeln der freien Marktwirtschaft überlassen. Das gilt für alle Listenspitäler, unabhängig davon, ob sie sich in öffentlicher Hand befinden oder eine private Trägerschaft haben.

In diesem Sinne können Listenspitäler gemäss § 9 Abs. 1 SPFG weitere Leistungen anbieten, sofern dadurch die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge nicht beeinträchtigt wird. Demnach dürfen Listenspitäler ausdrücklich auch Leistungen für Zusatzversicherte sowie für selbstzahlende Patientinnen und Patienten erbringen. Ausgeschlossen sind stationäre Leistungen des Leistungskatalogs der Spitalliste, für die sie keinen Leistungsauftrag haben. In § 16 Abs. 2 SPFG ist zudem geregelt, dass ärztliche Zusatzhonorare nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt werden. Grundsätze der Marktwirtschaft sind u. a. die Vertragsfreiheit oder auch die freie Preisbildung, die von Angebot und

Nachfrage bestimmt werden. Solange Ärztinnen und Ärzte den gesetzlichen Rahmen einhalten, spricht nichts gegen Zusatzhonorare für die kürzeren Wartezeiten.

Abschliessend ist festzuhalten, dass im stationären Bereich bereits heute eine Bevorzugung von Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherung oder mit geringerem Schweregrad bei der Aufnahme nicht zulässig ist. Der ambulante Bereich ist grundsätzlich im Bundesrecht geregelt, weshalb für den Kanton dort kein gesetzgeberischer Handlungsspielraum besteht. Das Bundesgericht war aber bisher im ambulanten Bereich sehr zurückhaltend, wenn es um «echte Mehrleistungen» geht, die eine Zusatzvergütung rechtfertigen. Darüber hinaus würde das von der Motion geforderte Verbot zu einem unverhältnismässigen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit der Listenspitäler sowie zu einer Ungleichbehandlung im interkantonalen Vergleich führen. Diese Haltung vertritt auch der Verband Zürcher Krankenhäuser, der ebenso betont, dass eine Privilegierung zusatzversicherter Patientinnen und Patienten dann unzulässig ist, wenn sie eine Gefährdung des Zugangs zu gesetzlichen Pflichtleistungen bewirkt. Hinzu kommt, dass ein allgemeines Verbot der Erhebung von Zusatzgebühren im Alltag kaum durchsetzbar wäre, weil die Einhaltung der Bestimmungen nicht anhand von klaren Fakten kontrolliert werden kann. In konkreten Fällen, in denen der Verdacht besteht, dass eine Ärztin oder ein Arzt die gesetzlichen Bestimmungen nicht einhält, verfügt der Kanton bereits heute gestützt auf das MedBG über ausreichend Möglichkeiten, um aufsichtsrechtlich tätig zu werden.

Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, die Motion KR-Nr. 408/2024 abzulehnen.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat  
Die Staatsschreiberin:  
**Kathrin Arioli**