

Antrag des Regierungsrates vom 18. August 2004

4197

**Gesetz
über die ärztlichen Zusatzhonorare**

(vom

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom 18. August 2004,

beschliesst:

A. Kantonale Spitäler

§ 1. Ärztinnen und Ärzte benötigen eine Bewilligung, wenn sie in beschränktem Umfang auf Rechnung des Spitals

Bewilligungs-
pflicht

- a) gegen Beteiligung am Zusatzhonorar Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus ambulant und stationär behandeln;
- b) gegen Beteiligung am Arzthonorar eine allgemeine Privatsprechstunde für ambulante Patientinnen und Patienten führen.

§ 2. Die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Regierungsrates erteilt den in kantonalen Spitälern tätigen Chefärztinnen und Chefärzten, Leitenden Ärztinnen und Ärzten sowie Oberärztinnen und Oberärzten die Bewilligung gemäss § 1, wenn

Bewilligungs-
erteilung

- a) die betrieblichen Verhältnisse es erlauben;
- b) die dienstlichen Pflichten der Gesuchstellenden nicht beeinträchtigt werden;
- c) die Gesuchstellenden nicht den Arbeitszeitvorschriften des Arbeitsgesetzes¹ unterstellt und bereit sind, Arbeitszeit nach § 9 zu leisten.

Die Bewilligung regelt die Art und Weise und die Begrenzung der ärztlichen Tätigkeit gemäss § 1.

Die Bewilligung gilt nur für persönliche Verrichtungen der Bewilligungsinhaberin oder des Bewilligungsinhabers.

Die Direktion des Regierungsrates kann die Zuständigkeit gemäss Abs. 1 an die Spitalleitung delegieren.

- Verwendung der Honorare;
a) Grundsatz
- § 3. Der Betriebsrechnung des Spitals fliessen zu:
- a) die Hälfte der Honorare gemäss § 1,
 - b) die technische Leistungskomponente, wenn Leistungen gemäss § 1 lit. b nach Tarmed verrechnet werden.

Von den verbleibenden Honoraren oder bei Verrechnung nach Tarmed von der ärztlichen Leistungskomponente fliessen

- a) 90% in die Honorarpools der Kliniken und Institute, in denen die betreffenden Honorare erwirtschaftet worden sind,
- b) 10% in einen Honorarpool des Spitals.

Die Spitalleitung führt die Poolrechnungen und legt insbesondere die Auszahlungsmodalitäten fest.

- b) Honorarpools der Kliniken und Institute

§ 4. Aus dem Honorarpool einer Klinik oder eines Instituts werden Leistungsprämien insbesondere an Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber ausgerichtet. Mit Poolgeldern können auch die Aus-, Weiter- und Fortbildung gefördert und das Leistungsangebot der Klinik oder des Instituts verbessert werden.

Die Cheförztn oder der Chefarzt entscheidet über die Verteilung der Poolgelder. Bei der Ausrichtung von Leistungsprämien werden insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt:

- a) Einsatzbereitschaft,
- b) Mitwirkung bei der Erbringung von Mehrleistungen für Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus,
- c) Übernahme von Aufgaben im übergeordneten Klinik- oder Institutsinteresse,
- d) Erfüllung von qualitativen und quantitativen Leistungsvorgaben.

Leistungsprämien, die sich die Cheförztn oder der Chefarzt selbst zuteilt, müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den übrigen Ausschüttungen stehen und im Einvernehmen mit der Spitalleitung erfolgen.

Die Cheförztn oder der Chefarzt erlässt nach Anhörung der Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber der Klinik oder des Instituts ein Poolreglement, das die Nachvollziehbarkeit des Entscheids über die Verteilung der Poolgelder und die Rechenschaftsablage sicherstellt.

- c) Honorarpool des Spitals

§ 5. Aus dem Honorarpool des Spitals werden Leistungsprämien insbesondere an Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber ausgerichtet, die aus betrieblichen Gründen wenig oder keine Honorareinnahmen erwirtschaften können.

Die Spitalleitung entscheidet über die Verwendung der Poolgelder. Sie berücksichtigt dabei die Kriterien gemäss § 4 Abs. 2 sinngemäss. Sie gibt den Chefärztinnen und Chefärzten die Zuteilungen bekannt. Erhebt die Mehrheit der Chefärztinnen und Chefärzte Einspruch gegen einzelne Leistungsprämien, unterbleiben die entsprechenden Auszahlungen, und die Spitalleitung trifft eine neue Verwendungsent-scheid.

Die Spitalleitung erlässt ein Poolreglement, das die Nachvollziehbarkeit des Entscheids über die Verteilung der Poolgelder und die Rechenschaftsablage sicherstellt.

§ 6. Leistungsprämien und weitere Ausschüttungen aus den Honorarpools sind nicht Bestandteil des Lohns im Sinne des kantonalen Personalrechts. Insbesondere

Rechtsnatur der Ausschüttungen

- a) gelten sie im Rahmen der beruflichen Vorsorge nicht als anrechenbarer Lohn,
- b) begründen sie bei unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung.

§ 7. Der Regierungsrat kann das jährliche Einkommen aus Poolgeldern nach Funktion oder Fachrichtung begrenzen.

Begrenzung

§ 8. Verbleibt dem Pool einer Klinik oder eines Instituts am Ende des Rechnungsjahres ein Überschuss, wird dieser auf die Rechnung des Folgejahres vorgetragen. Beträge über Fr. 100 000 fliessen in den Pool des Spitals. Die Spitalleitung kann in begründeten Fällen Ausnahmen bewilligen.

Überschüsse

§ 9. Die Arbeitszeit der Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber und sonstiger Bezügerinnen und Bezüger von Poolgeldern richtet sich nach den betrieblichen Bedürfnissen und nach den Verpflichtungen aus der Behandlung von Patientinnen und Patienten gemäss § 1. Es besteht kein Anspruch auf finanziellen oder zeitlichen Ausgleich von Arbeitszeit, die über die Arbeitszeit gemäss kantonalem Personalrecht oder nach Arbeitsgesetz hinausgeht.

Arbeitszeit

B. Staatsbeitragsberechtigte Spitäler

§ 10. Erhebt ein staatsbeitragsberechtigtes Spital weniger als die gemäss § 3 Abs. 1 vorgesehenen Beträge als Honorarabgaben zu Gunsten der Betriebsrechnung, wird der Staatsbeitrag im Umfang dieses Minderbetrags gekürzt. Eine analoge Kürzung erfolgt, wenn der Kreis der Berechtigten, die Bedingungen und Beschränkungen für die Bewilligungserteilung sowie die Einkommensbegrenzungen nach die-

Kürzung des Staatsbeitrags

sem Gesetz und seinen Ausführungsbestimmungen nicht eingehalten werden.

Die staatsbeitragsberechtigten Spitäler weisen die Bruttohonorarerträge und die Honorarabgaben zu Gunsten der Betriebsrechnung buchhalterisch aus.

C. Schlussbestimmungen

Datenerhebung	<p>§ 11. Die Direktion des Regierungsrates erhebt jährlich von den kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitälern die Einkünfte der einzelnen Ärztinnen und Ärzte aus Zusatzhonoraren nach Funktion und Fachrichtung.</p>
Ausführungsbestimmungen	<p>§ 12. Der Regierungsrat kann Ausführungsbestimmungen erlassen.</p> <p>Bisherige Einkommensbegrenzungen, die vom Regierungsrat beschlossen oder von der Direktion des Regierungsrates verfügt wurden, bleiben bis zum Erlass von neuen Regelungen bestehen.</p>
Übergangsbestimmungen	<p>§ 13. Wurde Ärztinnen und Ärzten, die wenig oder keine Honorare gemäss § 1 erwirtschaften oder beziehen, eine pauschale Entschädigung aus allgemeinen Betriebsmitteln ausgerichtet, sind entsprechende Zahlungen mit Zustimmung der Direktion des Regierungsrates für längstens fünf Jahre ab Inkrafttreten dieses Gesetzes zulässig.</p> <p>Die Direktion des Regierungsrates kann die Spitalleitung beauftragen, Vereinbarungen und Sonderregelungen gemäss Abs. 1 aufzuheben und die betroffenen Ärztinnen und Ärzte aus dem Spitalpool nach § 5 zu entschädigen. Sie kann der Spitalleitung gleichzeitig bewilligen, Gelder bis höchstens zu dem bis dahin für pauschale Entschädigungen nach Abs. 1 aufgewendeten Betrag aus der allgemeinen Betriebsrechnung in den Spitalpool einzulegen.</p> <p>Die Direktion des Regierungsrates kann mit der Bewilligung Auflagen insbesondere mit Bezug auf die Verwendung der Gelder verbinden.</p>
Änderung bisherigen Rechts	<p>§ 14. Das Gesundheitsgesetz vom 4. November 1962 wird wie folgt geändert:</p> <p>§ 39 a wird aufgehoben.</p> <p>§ 40 a. Gebühren und Taxen: Die Leistungen der kantonalen Spitäler sind gebührenpflichtig.</p>

Bei Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus können über den Vollkosten liegende Taxen erhoben werden. Ergänzend wird ein ärztliches Zusatzhonorar verrechnet. Die Taxen und die ärztlichen Zusatzhonorare werden nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt.

Neben der Patientin oder dem Patienten haften solidarisch

- a) der in rechtlich ungetrennter Ehe lebende Ehegatte;
- b) die Inhaber der elterlichen Sorge;
- c) die Person, die mit der Patientin oder dem Patienten in registrierter Partnerschaft lebt.

Vorbehalten bleibt die Haftung von Taxgaranten und von Auftraggebern für Leistungen, die in ihrem Auftrag erbracht worden sind.

Der Regierungsrat erlässt eine Tarifordnung.

Weisung

A. Ausgangslage

Die Verdienstmöglichkeiten der leitenden Ärzteschaft an kantonalen Spitälern setzen sich heute grundsätzlich aus drei Komponenten zusammen. Für ihre Tätigkeit erhalten die Ärztinnen und Ärzte in leitenden Funktionen zum einen ein festes Grundgehalt, das sich auf Grund der Lohnklassen des Personalgesetzes bestimmt und sich im Schnitt zwischen Fr. 160 000 und Fr. 200 000 bewegt. Den Klinikdirektoren der universitären Kliniken wird in Ergänzung zum Professorengehalt zu Lasten der Betriebsrechnung der Spitäler zusätzlich eine Funktionszulage für die Klinikführung von in der Regel Fr. 12 000 ausgerichtet. Sodann ermöglicht der Staat den Klinikdirektoren und -direktorinnen, den Chefärztinnen und -ärzten und den Leitenden Ärztinnen und Ärzten sowie gemäss Regierungsratsbeschluss vom 19. Dezember 1990 auch bestimmten Oberärztinnen und Oberärzten, privatärztlich tätig zu sein, d. h. Privatpatientinnen und Privatpatienten in beschränktem Umfange stationär und im Rahmen der Privatprechstunde auch ambulant während der Arbeitszeit auf eigene Rechnung zu behandeln. 50% der auf diese Weise erzielten Honorare

verbleiben dem Arzt bzw. der Ärztin, der Rest geht als Abgeltung für das Recht, privatärztlich tätig zu sein, an das Spital (vgl. § 39 a Gesundheitsgesetz; LS 810.1). Am 19. April 1999 hat der Kantonsrat ein Postulat überwiesen, worin der Regierungsrat im Wesentlichen eingeladen wird, die Honorareinnahmen von Chefärztinnen und -ärzten sowie Leitenden Ärztinnen und Ärzten zu überprüfen; neu sollen die Zusatzeinkünfte von Versorgungs- und Arbeitsqualität sowie den Managementkompetenzen abhängig gemacht werden. Der Regierungsrat hat dem Kantonsrat am 9. April 2003 unter Hinweis auf die in Vorbereitung stehende Gesetzesvorlage Bericht erstattet. Der Kantonsrat hat in der Folge am 5. April 2004 das Postulat als erledigt abgeschlossen.

Während Grundlohn und Klinikdirektorenzulage nicht in Frage gestellt werden sollen, vermag die geltende Regelung der privatärztlichen Tätigkeit heute aus verschiedenen Gründen nicht mehr zu befriedigen. Die Möglichkeiten, Honorare zu erzielen, sind für die einzelnen Fachdisziplinen sehr unterschiedlich, da der Anteil an stationären Privatpatientinnen und -patienten nicht bei allen Disziplinen gleich hoch ist. So sind in den Bereichen Chirurgie und teilweise Innere Medizin in der Regel hohe Zusatzeinkünfte durch vergleichsweise viele zusatzversicherte Patientinnen und Patienten bei attraktiven Tarifen möglich, während in anderen Fachbereichen wie etwa der Pädiatrie, Psychiatrie oder Pathologie wenige oder gar keine Privatarzthonorare anfallen. Aber auch innerhalb derselben Fachdisziplin bestehen erhebliche Unterschiede bei der Erzielung von Honoraren. Ärztinnen und Ärzte, die sich vermehrt in der Ausbildung, in strukturellen Veränderungsprozessen, aber auch in Organisationsfragen, wie beispielsweise Bau- oder Informatikprojekten, im Interesse des Gesamtbetriebes einsetzen und damit verbunden auch Mehrwerte im Angebot für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten schaffen, verzichten damit aus zeitlichen Gründen auf die Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit, ohne dass sie im geltenden System flexibel für ihre besonderen Leistungen im Interesse des Spitals entschädigt werden können. Diese Situation vermag insofern nicht zu befriedigen, als heute von den Ärztinnen und Ärzten mit leitender Funktion neben hoher fachlicher Kompetenz bei der Patientenbehandlung zusätzlich ein vermehrter Einsatz im allgemeinen Betriebsinteresse gefordert wird.

Auch in rechtlicher Hinsicht hat sich die Beurteilung der privatärztlichen Tätigkeit gewandelt. So wird der privatrechtliche Behandlungsvertrag, der die Grundlage der privatärztlichen Tätigkeit bildet, heute immer mehr zurückgedrängt und das Rechtsverhältnis zunehmend durch das öffentliche Recht bestimmt. Dies gilt vorab für die Haftung im Falle einer fehlerhaften Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten, für deren Beurteilung schon seit vielen Jahren

nicht die privatrechtlichen Grundsätze, sondern die öffentlichrechtlichen Regeln der Staatshaftung angewendet werden. Die gleiche Tendenz lässt sich inzwischen auch bei der Qualifikation der Honorareinnahmen feststellen. Obwohl die leitende Ärzteschaft heute nach wie vor auf eigene Rechnung tätig ist, hat das Bundesgericht in einem neueren Entscheid festgehalten, dass das Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient unter das öffentliche Recht falle, und daraufhin die Honorareinnahmen einem Leistungslohn mit Gewinnbeteiligung gleichgesetzt (BGE vom 11. August 1998 betreffend Kanton Genf). Im sozialversicherungsrechtlichen Bereich der AHV gelten die Privat- arzhonorare aus stationären Behandlungen denn auch bereits seit 1998 als Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit.

In den vergangenen Jahren hat sich auch die Chefärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich mit dieser Veränderung des tatsächlichen und rechtlichen Umfeldes befasst. Im Rahmen einer interdisziplinären Projektgruppe wurde ein Modell zur Neugestaltung der Honorierung der Kaderärztinnen und -ärzte an öffentlichen Spitälern ausgearbeitet. Die wesentlichen Erkenntnisse aus diesem Modell sind in diese Gesetzesvorlage eingeflossen. Mit der neuen Regelung soll ein eigentlicher Systemwechsel herbeigeführt und damit den veränderten Umständen Rechnung getragen werden.

Die am 16. Dezember 2002 eröffnete Vernehmlassung zur neuen Regelung löste ein breites Echo aus. Viele Stellungnahmen signalisierten ein grundsätzliches Verständnis für die Notwendigkeit einer Neu- regelung und befürworteten die Schaffung von Honorarpools. Insbesondere seitens des Verbandes der Zürcher Krankenhäuser, des Gemeindepräsidentenverbandes, der *santésuisse* (Zürich-Schaffhausen) und einzelner Spitäler wurde der Gesetzesentwurf begrüsst. Von der betroffenen Ärzteschaft sowie von verschiedenen Akutspitälern und der Universität wurde der Vernehmlassungsentwurf indessen weitgehend abgelehnt. Hauptkritikpunkt war die Abkehr vom Erfolgsprinzip, die sich aus der Poollösung und der damit verbundenen teilweisen Umverteilung der Zusatzhonorare ergibt. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Gefahr der Abwanderung einzelner Spitzenverdiener und auf die Erschwerung der Gewinnung internationaler Spitzenkräfte für das Universitätsspital hingewiesen. Auf Grund der Vernehmlassungsantworten wurde der Gesetzesentwurf nochmals eingehend überarbeitet. Dabei ist an der Poolidee bzw. an der dahinterstehenden relativen Ausgleichswirkung festgehalten worden, damit die Schwächen des reinen Erfolgssystems überwunden werden können. Hingegen ist der ursprünglich vorgesehene zentrale Spitalpool, in den alle Honorarerträge eines Spitals fliessen sollten, deutlich verkleinert und das Schwergewicht auf eigenständige Klinik- bzw. Instituts- pools gelegt worden. Damit ist auch die Anregung auf eine verstärkte

Mitbestimmung der Chefärztinnen und Chefarzte bei der Festlegung der Leistungsprämien aufgenommen worden.

B. Überblick über die wichtigsten Neuerungen betreffend die ärztlichen Zusatzhonorare

Mit dem neuen Gesetz wird die eigene Honorarberechtigung abgeschafft und durch eine differenzierte Poollösung ersetzt. Inskünftig haben Ärztinnen und Ärzte in leitender Funktion (d. h. vorab Chefärztinnen und -ärzte sowie Leitende Ärztinnen und Ärzte) die ambulante Behandlung im Rahmen der Privatsprechstunde wie auch die ambulante und stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus auf Rechnung des Spitals zu erbringen. Im Vergleich zu heute wird der Bereich der honorarberechtigten Tätigkeit insofern ausgeweitet, als den Bewilligungsinhaberinnen und -inhabern neu auch bei der Behandlung von ambulanten Spitalpatienten im Privatpatientenstatus ein Anspruch auf Beteiligung am Zusatzhonorar möglich sein wird, wobei die Diskussion entsprechender Versicherungsangebote der Zusatzversicherer heute erst begonnen hat. Die Honoraraufteilung (Abgabesatz) zwischen Spital und honorarberechtigter Ärzteschaft bleibt im Grundsatz unverändert bei je 50%. Der Honoraranteil der Ärzteschaft wiederum fließt zu 90% (bzw. 45% der erzielten Bruttohonorare) in die Honorarpools der Kliniken und Institute, und zwar nach Massgabe des von der jeweiligen Klinik bzw. vom jeweiligen Institut beigesteuerten Anteils an den Gesamthonorareinnahmen. Zu 10% (bzw. 5% der gesamthaft erzielten Bruttohonorare) fließt der Honoraranteil der Ärzteschaft in einen zentralen Honorarpool des Spitals. Die Gelder aus den Klinik- und Instituts-pools werden in Form von Leistungsprämien insbesondere an Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber ausgeschüttet. Die Chefärztin bzw. der Chefarzt entscheidet über die Verteilung und berücksichtigt hierbei nicht nur den Beitrag der einzelnen Ärztinnen und Ärzte an die Honorargenerierung, sondern auch deren Einsatzbereitschaft, die Übernahme von Aufgaben im allgemeinen Klinik- bzw. Institutsinteresse und die Erfüllung von Leistungsvorgaben. Die Leistungsprämien können auch Bewilligungsinhaberinnen und -inhabern gewährt werden, die keine Honorare erzielt haben, sowie weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sofern sie einen direkten Beitrag an die Mehrleistungen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus leisten. Ebenso ist es zulässig, Poolgelder für die Aus-, Weiter- und Fortbildung oder allgemein zur Verbesserung des Leistungsangebots der Klinik- bzw. des Instituts einzusetzen. Vorausgesetzt wird ein Poolreglement, das die Nachvollziehbarkeit der Honorarverteilung und die

Rechenschaftsablage sicherstellt. Wie die Gelder der Klinik- und Institutspools werden auch die Mittel des zentralen Spitalpools nach analogen Verteilungskriterien ausgeschüttet. Der Spitalpool wird in erster Linie zur Entschädigung von Bewilligungsinhaberinnen und -inhabern verwendet, die aus betrieblichen Gründen oder auf Grund von individuellen Vereinbarungen wenig oder keine Honorare erwirtschaften können. Der Entscheid über die Verteilung der Poolgelder liegt bei der Spitalleitung, die damit einen gewissen Ausgleich zwischen verschiedenen Fachrichtungen bewirken kann. Die Spitalleitung gibt ihren Entscheid über die Zuteilungen der Poolgelder der Chefärzteschaft bekannt. Die Auszahlung der Leistungsprämien an die einzelnen Bezugsberechtigten unterbleibt, wenn die Mehrheit der Chefärztinnen und Chefärzte Einspruch gegen die entsprechenden Zuteilungspositionen erhebt. Nach einem solchen Einspruch fällt die Spitalleitung einen neuen Verteilungsentscheid. Mit dieser Regelung soll die unerwünschte Anhäufung des Pools vermieden werden. Diese zeitgemässe Poolregelung ermöglicht es sowohl auf der Klinik- und Institutsebene als auch auf der gesamtbetrieblichen Ebene, den geänderten Verhältnissen am Spital Rechnung zu tragen, indem das heute erforderliche zusätzliche Engagement der leitenden Ärzteschaft in allgemeinen Spitalfragen berücksichtigt und neu durch die Gewährung von Leistungsprämien individuell entschädigt werden kann. Gleichzeitig wird auch eine Handhabe geboten, um die unterschiedlichen Möglichkeiten bei der Honorargenerierung unter den einzelnen Fachdisziplinen zumindest teilweise auszugleichen.

Die angestrebte Umverteilung der ärztlichen Zusatzhonorare wird zu Verschiebungen bei den Einkommensverhältnissen der Kaderärztinnen und -ärzte führen. So können Spitzeneinkommen verkleinert werden, während ein Teil der Ärzteschaft mit geringen oder fehlenden Honorareinnahmen bei entsprechenden Leistungen eine Einkommensverbesserung erfahren wird.

Der Systemwechsel soll für sämtliche kantonalen Spitäler eingeführt werden. Er wird für das Universitätsspital Zürich und das Kantonsspital Winterthur auch im Falle einer Verselbstständigung gelten. Die staatsbeitragsberechtigten Spitäler hingegen sind in der Wahl ihres Abgeltungssystems nach wie vor frei, wobei jedoch Mehrausgaben, die auf Grund einer von diesem Gesetz abweichenden Arzthonorarausschüttung entstehen, bei der Festlegung der Staatsbeiträge in Abzug gebracht werden.

Im Jahre 2003 wurden an die insgesamt rund 600 honorarberechtigten, festangestellten Ärztinnen und Ärzte der kantonalen und subventionierten Spitäler Honorare in der Grössenordnung von rund 125 Mio. Franken ausbezahlt. Gemäss der vorgesehenen Poollösung sind

neu auch für die Honorare, die sich aus einer ambulanten Behandlung ergeben, Arbeitgeberbeiträge an AHV/IV/EO usw. zu leisten. Dies führt voraussichtlich zu jährlich wiederkehrenden zusätzlichen Kosten von höchstens rund 1,15 Mio. Franken, wobei die tatsächlichen Mehrkosten durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Zum einen hängen sie wesentlich davon ab, wie weit die staatsbeitragsberechtigten Betriebe den Systemwechsel übernehmen werden. Zum anderen richten sie sich nach der Honorarsumme, die sich je nach Entwicklung des Zusatzversicherungsbereichs in ihrer Höhe verändern kann.

Bis anhin war die privatärztliche Tätigkeit wie eingangs dargelegt im Gesundheitsgesetz (§ 39 a) und in der Krankenhausverordnung geregelt. Nachdem bei den ärztlichen Zusatzhonoraren infolge des Systemwechsels ein erhöhter Regelungsbedarf besteht und es sich grundsätzlich um eine in sich abgeschlossene Materie handelt, die nicht mehr in die Systematik insbesondere des geplanten neuen Gesundheitsgesetzes passt, rechtfertigt es sich, die ärztlichen Zusatzhonorare in einem eigenen Gesetz und einer eigenen Verordnung zu regeln. Entsprechend ist der bisherige § 39 a des Gesundheitsgesetzes mit Inkrafttreten des neuen Gesetzes aufzuheben. Bis anhin waren die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte im Zusatzversicherungsbereich frei, das Honorar in den Schranken der Rechtsordnung nach marktwirtschaftlichen Prinzipien festzulegen. Nachdem nun neu die ärztlichen Zusatzhonorare nicht mehr auf der Grundlage eines privatrechtlich geprägten Behandlungsvertrages erzielt werden sollen, sondern auf Rechnung des Krankenhauses, ist dagegen mit einem neuen § 40 a im Gesundheitsgesetz die nötige gesetzliche Grundlage zu schaffen, damit bei der Festlegung der ärztlichen Zusatzhonorare und der Entschädigungen der Spitalleistungen für Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus weiterhin marktwirtschaftliche Grundsätze berücksichtigt werden können. In dieser Bestimmung ist zugleich der bisher in den allgemeinen Gebührenordnungen festgeschriebene Grundsatz der Gebührenpflichtigkeit sämtlicher Leistungen der staatlichen Spitäler formal im Gesundheitsgesetz zu verankern.

C. Zu den einzelnen Bestimmungen

§ 1

Art und Umfang der bewilligungspflichtigen ambulanten und stationären Behandlung bleiben im Grundsatz unverändert. Neu begründet jedoch auch die ambulante Behandlung von Spitalpatienten im Privatpatientenstatus einen Anspruch der Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber auf Beteiligung am Zusatzhonorar, wobei jedoch wie ein-

gangs erwähnt eine entsprechende Versicherungsform auf breiter Grundlage heute jedenfalls von den Versicherern noch nicht angeboten wird. Es handelt sich hierbei um ambulante Behandlungsleistungen, die über die Grundleistungen gemäss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinausgehen. Die finanzielle Beteiligung der Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber umfasst einerseits das Zusatzhonorar, das Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus für ärztliche Leistungen, die über die Basisleistung nach Krankenversicherungsgesetz hinausgehen (z. B. freie Arztwahl), in Rechnung gestellt wird. Der Privatpatientenstatus wird mit denjenigen Patientinnen und Patienten vereinbart, die privat oder halbprivat zusatzversichert sind oder die Behandlung selbst bezahlen. Andererseits werden die Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber am Arzthonorar für die ambulante Behandlung (Basisleistung) im Rahmen der allgemeinen Privatsprechstunde beteiligt. Bei Abrechnung nach Tarmed entspricht dieses Arzthonorar der so genannten ärztlichen Leistungskomponente. Als allgemeine Privatsprechstunde gilt die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten, welche die betreffende Ärztin bzw. den betreffenden Arzt persönlich wählen oder dieser bzw. diesem von einem anderen Leistungserbringer persönlich zugewiesen werden.

§ 2

Mit der Bewilligung wird insbesondere der Umfang, d. h. die zeitliche Begrenzung, und die Art und Weise, d. h. beispielsweise die Abgrenzung zur hauptamtlichen Tätigkeit oder die Preisfestlegung im Einzelfall, der privatärztlichen Tätigkeit festgelegt. Die Bewilligung umfasst das Recht zur privatärztlichen Tätigkeit und zu einer Beteiligung an den damit erzielten Zusatzhonoraren bzw. im Fall der allgemeinen Privatsprechstunde am Entgelt für die ärztliche Behandlungstätigkeit. Sie berechtigt die Inhaberin bzw. den Inhaber, mit den Patienten im Rahmen der bestehenden Tarifbestimmungen bzw. Tarifverträge den Honoraranspruch festzulegen. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Praxis wird die Bewilligung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus sowie für das Führen einer allgemeinen ambulanten Privatsprechstunde wie bis anhin durch die Gesundheitsdirektion erteilt. Die Befugnis zur Erteilung der Bewilligung kann von der Gesundheitsdirektion jedoch bei Bedarf ganz oder teilweise an die Spitalleitung delegiert werden (Abs. 4). Mit Spitalleitung ist je nach Organisation des Betriebs dasjenige (oberste oder zweitoberste) operative Führungsgremium zu verstehen, in dem auch die Ärztliche Direktion oder bei Fehlen einer solchen die Chefärzteschaft vertreten ist. Die Bewilligung wird ad personam erteilt, d. h., sie gilt nur für persönliche Verrichtungen der Bewilligungsinhaberin bzw. des Bewilligungsinhabers. Sie wird im Weiteren nur insoweit erteilt, als

die betrieblichen Verhältnisse und die dienstlichen Pflichten der Gesuchstellenden durch die privatärztliche Tätigkeit nicht beeinträchtigt werden. Weiter wird vorausgesetzt, dass die Gesuchstellenden auf Beschränkungen der Arbeitszeit verzichten. Dies gilt auch für die Oberärztinnen und Oberärzte, deren Honorarberechtigung heute in einem Beschluss des Regierungsrates vom 19. Dezember 1990 betreffend die Oberärzte (Arbeitszeit, Honorarberechtigung) geregelt ist. Danach hängt die Berechtigung, Privatpatientinnen und -patienten auf eigene Rechnung zu behandeln, vornehmlich von der Ausgestaltung der Arbeitszeiten ab. Es wird unterschieden zwischen Oberärztinnen und Oberärzten ohne Honorarberechtigung, bei denen die Arbeitszeit in der Regel 55 Stunden pro Woche nicht überschreiten darf, und solchen mit Honorarberechtigung, deren wöchentliche Arbeitszeit höchstens 70 Stunden beträgt. Mit der neuen Regelung werden die Oberärztinnen und Oberärzte bei den Bewilligungsvoraussetzungen der übrigen honorarberechtigten Ärzteschaft gleichgestellt. Die heute bestehenden Oberarzt-pools werden auf das Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes aufgelöst. Die berechtigten Oberärztinnen und Oberärzte haben danach an den Pools gemäss diesem Gesetz teil.

§ 3

Der heute geltende Abgabesatz von grundsätzlich 50% bleibt bestehen, d. h. die hälftige Honoraraufteilung zwischen Spital und Ärzteschaft bleibt im Grundsatz unverändert (Abs. 1). Neu wird dieser Abgabesatz auch für die Oberärztinnen und Oberärzte gelten. Das Zusatzhonorar bildet die Entschädigung für den Anspruch von Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus auf persönliche Betreuung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt in leitender Funktion. Dieses Honorar soll nach wie vor nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt werden. Im Gegensatz dazu gelten in der allgemeinen ambulanten Privatsprechstunde, soweit der Tarifschutz nach KVG zur Anwendung gelangt, hoheitliche Tarifansätze für sämtliche Spitalleistungen einschliesslich Arztleistungen. Gelangen dabei Tarifsysteme mit pauschalen Arztentschädigungen zur Anwendung, ist auch in diesem Bereich an der hälftigen Aufteilung zwischen Spital und Pool festzuhalten. Soweit aber das in der Grundversicherung geltende ambulante Tarifsystem Tarmed zur Anwendung kommt, das mit einer differenzierten Tarifierhebung die ärztliche Leistungskomponente bereits ausscheidet, wird den Ärztinnen und Ärzten die ärztliche Leistungskomponente zu 100% zuhanden des Honorarpools zugesprochen, während die technische Leistungskomponente zu 100% in die Betriebsrechnung des Spitals fällt. Vom Honoraranteil der Ärzteschaft wiederum fliessen 90% in die Honorarpools der Kliniken und Institute. Der Anteil der einzelnen Kliniken und Institute entspricht hierbei ihrem rela-

tiven Beitrag an die Generierung der Bruttohonorareinnahmen des Spitals. Die restlichen 10% des Honoraranteils der Ärzteschaft fliessen in einen zentralen Spitalpool.

§§ 4 und 5

Für die Verteilung der Poolgelder wird kein fixer Verteilschlüssel vorgegeben. Insbesondere wird keine anteilmässige individuelle Erfolgsbeteiligung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte an den von ihnen generierten Honorareinnahmen festgelegt. Hingegen gibt das Gesetz die Kriterien vor, die bei der Verteilung der Poolgelder berücksichtigt werden müssen. Es sind dies neben der Mitwirkung bei der Honorargenerierung weitere leistungsbezogene Faktoren wie die Einsatzbereitschaft, die Übernahme von Aufgaben im übergeordneten betrieblichen Interesse oder die Erfüllung von Leistungsvorgaben. Die Honorarpools werden damit zu einem Führungsinstrument, mit dem die verantwortlichen Führungspersonen weitgehend flexibel Anreize für einen zielorientierten Einsatz der Mitarbeitenden setzen können. Diese hohe Flexibilität bei der Verwendung der Poolgelder setzt allerdings voraus, dass die Verteilung transparent erfolgt. Aus diesem Grund gibt das Gesetz einerseits vor, dass für jeden Pool ein Poolreglement erstellt wird, das die Nachvollziehbarkeit der Geldverteilung und die Rechenschaftsablage sicherstellt. Andererseits werden Ausschüttungen, die sich die zuständigen Chefärztinnen und Chefärzte selbst zuteilen, an einschränkende Bedingungen (angemessenes Verhältnis zu den übrigen Ausschüttungen, Einvernehmen mit der Spitalleitung) geknüpft. Die Poolgelder sind in erster Linie für die Ausschüttung an Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber vorgesehen. Es steht den Verantwortlichen aber auch offen, weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu berücksichtigen, Vorhaben im allgemeinen Klinik- bzw. Spitalinteresse zu finanzieren, oder die Aus-, Weiter- und Fortbildung zu fördern. Der Entscheid über die Verteilung der Poolgelder liegt im Fall der Klinik- und Institutspools bei der zuständigen Chefärztin bzw. dem zuständigen Chefarzt, und im Fall des zentralen Spitalpools bei der Spitalleitung. Im zweiten Fall kann die Mehrheit der Chefärztinnen und Chefarzte den Entscheid der Spitalleitung über die Verteilung der zentralen Spitalpoolgelder aber insofern mit einem Veto belegen, als sie gegen einzelne Auszahlungspositionen Einspruch erheben kann.

§ 6

Die Honorare aus der stationären privatärztlichen Tätigkeit werden von der Rechtsprechung im Zusammenhang mit der AHV-Beitragspflicht als unselbstständiges Einkommen qualifiziert. Die Leistungsprämien und weiteren Ausschüttungen aus den Honorarpools sollen jedoch nicht als Lohnbestandteil betrachtet werden. Sie sind da-

mit auch nicht Bestandteil von Lohnfortzahlungen bei unverschuldeter Verhinderung der Arbeitsleistung. Im Bereich der beruflichen Vorsorge werden sie auch nicht dem anrechenbaren Lohn zugerechnet. Diese für die privatärztlichen Honorare bereits heute in § 5 Abs. 2 der Statuten der Versicherungskasse für das Staatspersonal (LS 177.21) festgehaltene Regelung ist mit einem rechtskräftigen Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 17. Juni 2003 geschützt worden. Sie wird nun inhaltlich gleichbedeutend gesetzlich verankert.

§ 7

Der Regierungsrat kann bestimmen, dass die jährlich an bestimmte Funktionen oder Fachrichtungen aus den Pools vorgenommenen Ausschüttungen unter Berücksichtigung des Grundsatzes eine bestimmte Obergrenze nicht überschreiten dürfen.

§ 8

Das Poolssystem dient in erster Linie der leistungsorientierten Verteilung des Honoraranteils der Ärzteschaft. Es soll jedoch nicht zu einer Hortung der Honorareinnahmen führen. Aus diesem Grund werden Überschüsse, welche die verantwortlichen Chefärztinnen und Chefärzte in den Klinik- und Institutspools über den Betrag von Fr. 100 000 hinaus stehen lassen, am Ende des Rechnungsjahres in den zentralen Spitalpool überführt. Von dieser Regel kann die Spitalleitung Ausnahmen bewilligen, beispielsweise wenn eine Klinik grössere Anschaffungen plant.

§ 9

Die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte mit leitenden Funktionen richtet sich bereits heute weitgehend nach den betrieblichen Bedürfnissen. Im Gegenzug steht dieser Berufsgruppe die Möglichkeit offen, mit der privatärztlichen Tätigkeit ein Zusatzeinkommen zu erwirtschaften, das den Grundlohn um ein Vielfaches übersteigen kann. Im Zuge der gesetzlichen Regelung der privatärztlichen Tätigkeit wird nun neben der Honorarberechtigung auch die herrschende Praxis festgeschrieben, dass sich die Arbeitszeit der honorarberechtigten Ärzteschaft nach den betrieblichen Bedürfnissen und nach den gegenüber den Privatpatienten eingegangenen Verpflichtungen richtet, mithin also mit der Zusatzerwerbsmöglichkeit ein gleichzeitiger Anspruch auf finanzielle oder zeitliche Kompensation von zusätzlich geleisteter Arbeitszeit entfällt.

§ 10

Die staatsbeitragsberechtigten Betriebe sind bei der Wahl des Abgeltungsmodells grundsätzlich frei, d. h. sie haben die Möglichkeit, auf

eine Poollösung zu verzichten und die Honorargenerierung auf eigene Rechnung beizubehalten. Für die Festsetzung der Staatsbeiträge gilt jedoch, dass Aufwendungen höchstens bis zu dem in den kantonalen Spitälern üblichen Mass berücksichtigt werden (§ 4 Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege vom 26. Februar 1968). Mehrausgaben bzw. Mindererträge, die auf Grund von andern Abgeltungsmodellen entstehen, werden daher bei der Berechnung der Staatsbeiträge nicht berücksichtigt, müssen also gegebenenfalls anderweitig finanziert bzw. kompensiert werden.

§ 11

Bei der Erhebung von Daten über die tatsächlichen Einkommensverhältnisse der honorarberechtigten Ärzteschaft hat sich in letzter Zeit insbesondere bei staatsbeitragsberechtigten Betrieben die Frage nach einer genügenden gesetzlichen Grundlage gestellt. Bisher wurde die Berechtigung zur Datenerhebung aus der Staatsbeitragsgesetzgebung abgeleitet. Mit der neuen Regelung wird nun eine besonders auf die ärztlichen Zusatzhonorare bezogene gesetzliche Grundlage geschaffen. Sie dient der Überwachung der Einhaltung der Bedingungen über die Honorareinnahmen und damit verbunden der Voraussetzungen für die Ausrichtung von Staatsbeiträgen. Zusätzlich werden der Gesundheitsdirektion dadurch die notwendigen Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung gestellt, um zeitliche und andere Limitierungen der ärztlichen Tätigkeit zu gestalten sowie über Einkommensbegrenzungen nach § 7 zu befinden.

§ 12

In den vom Regierungsrat oder an dessen Stelle von der Gesundheitsdirektion oder den Spitalleitungen erlassenen Ausführungsbestimmungen sollen insbesondere Vorgaben über den Umfang bzw. die Begrenzung der privatärztlichen Tätigkeit und die Bewilligungserteilung an Oberärztinnen und Oberärzte gemacht werden.

§ 13

Es gibt neben der Honorarberechtigung Bereiche wie die Pathologie, in denen Ärztinnen und Ärzte in leitenden Funktionen neben dem Grundgehalt eine pauschale Entschädigung zu Lasten der allgemeinen Betriebsrechnung zugesprochen erhalten. Diese Pauschalentschädigungen dienen entweder als Ersatz dafür, dass die betroffenen Ärztinnen und Ärzte aus betrieblichen Gründen keine oder nur eng begrenzte Möglichkeiten zu einer honorarberechtigten Behandlungstätigkeit haben. In anderen Fällen wie der Anästhesie beruhen die Pauschalentschädigungen auf individuellen Vereinbarungen, die sämtliche Honorareinnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit dem Spital zu-

sprechen, während die leistungserbringende Person im Gegenzug eine Pauschalentschädigung erhält. Es wird angestrebt, mit dem neuen Gesetz über die ärztlichen Zusatzhonorare auch diese Bereiche auf das Poolsystem umzustellen. Dies kann jedoch unter anderem aus abrechnungstechnischen Gründen nicht in allen Bereichen auf das vom Regierungsrat zu bestimmende Datum des Inkrafttretens erfolgen. Die Gesundheitsdirektion soll in solchen Fällen für fünf Jahre ab Inkrafttreten dieses Gesetzes die Möglichkeit erhalten, Beiträge, die bisher aus der allgemeinen Betriebsrechnung für die Pauschalen aufgewendet worden sind, in den Honorarpool des Spitals überführen zu lassen.

§ 14

Mit der neuen gesetzlichen Regelung werden die ärztlichen Zusatzhonorare nicht mehr auf der Basis eines privatrechtlich geprägten Behandlungsvertrages erzielt, sondern auf Rechnung des Krankenhauses. Dies setzt voraus, dass mit einem neuen § 40 a im Gesundheitsgesetz die nötige gesetzliche Grundlage geschaffen wird, damit bei der Festlegung der ärztlichen Zusatzhonorare und der Entschädigungen der Spitalleistungen für Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus weiterhin marktwirtschaftliche Grundsätze berücksichtigt werden können. Weiter wird in dieser Bestimmung der bisher in den allgemeinen Gebührenordnungen festgeschriebene Grundsatz der Gebührenpflichtigkeit sämtlicher Leistungen der staatlichen Spitäler formal im Gesundheitsgesetz verankert.

D. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat, der Vorlage zuzustimmen.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:	Der Staatsschreiber:
Jeker	Husi