

Antrag des Regierungsrates vom 16. Dezember 2015

**5244**

**Gesetz  
über die ärztlichen Zusatzhonorare (ZHG)**

(vom . . . . .)

*Der Kantonsrat,*

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom 16. Dezember 2015,

*beschliesst:*

I. Es wird folgendes Gesetz erlassen:

§ 1. <sup>1</sup> Mitarbeitende, insbesondere Klinikdirektorinnen und Klinikdirektoren, Chefärztinnen und Chefärzte, Leitende Ärztinnen und Ärzte, Oberärztinnen und Oberärzte, können beteiligt werden an:

Gegenstand  
der Beteiligung

- a. den Zusatzhonoraren von stationären Patientinnen und Patienten,
- b. der ärztlichen Leistungskomponente bei ambulanten Patientinnen und Patienten, die für stationäre Behandlung zusatzversichert sind,
- c. den Erträgen aus Transplantationen.

<sup>2</sup> Bei der Festlegung der konkreten Beteiligung für einzelne Mitarbeitende gemäss Abs. 1 können insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- a. Mitwirkung bei der Erbringung von Mehrleistungen für Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus,
- b. Beschäftigungs- und Lohnsituation auf dem für die betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter massgeblichen Arbeitsmarkt,
- c. Übernahme von ausserordentlichen Aufgaben im übergeordneten Klinik- oder Institutsinteresse.

§ 2 <sup>1</sup> In kantonalen Spitälern in der Rechtsform der unselbstständigen Anstalt legt die Spitaldirektion die Anteile, die für Beteiligungen gemäss § 1 zur Verfügung stehen, sowie deren Verteilung fest.

Festlegung der  
Beteiligung  
a. bei unselbst-  
ständigen  
Anstalten

<sup>2</sup> Sie kann die Zuständigkeit für die Verteilung an die Klinikdirektorinnen und -direktoren übertragen.

<sup>3</sup> Die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Regierungsrates genehmigt vor der Auszahlung die Anteile, die für die Beteiligungen gemäss § 1 zur Verfügung gestellt werden sollen, sowie Auszahlungen an die Mitglieder der Spitaldirektion.

- b. bei selbstständigen Anstalten § 3. <sup>1</sup> In kantonalen Spitälern in der Rechtsform der selbstständigen Anstalt legt der Spitalrat die Anteile, die für Beteiligungen gemäss § 1 zur Verfügung stehen, sowie deren Verteilung fest.
- <sup>2</sup> Er kann die Zuständigkeit für die Verteilung an die Spitaldirektion übertragen.
- Rechtsnatur der Auszahlungen § 4. Der Anteil an der Beteiligung gemäss § 1 ist nicht Teil des Lohnes im Sinne des kantonalen Personalrechts. Er gilt nicht als anrechenbarer Lohn im Rahmen der beruflichen Vorsorge. Bei unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf einen Anteil an der Beteiligung.
- Arbeitszeit § 5. <sup>1</sup> Für Ärztinnen und Ärzte, die an Zusatzhonoraren, an ambulanten Erträgen oder an Transplantationspauschalen gemäss § 1 Abs. 1 beteiligt werden können und die nicht dem Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz) unterstehen, richtet sich die Arbeitszeit nach den betrieblichen Bedürfnissen und nach den Verpflichtungen aus der Behandlung von stationär zusatzversicherten Patientinnen und Patienten.
- <sup>2</sup> Ein positiver Arbeitszeitsaldo oder Überzeitleistungen werden weder ausgeglichen noch vergütet.
- <sup>3</sup> Der Regierungsrat kann für Ärztinnen und Ärzte, die nicht dem Arbeitsgesetz unterstehen, eine Obergrenze der Arbeitszeit festlegen.
- Aufhebung bisherigen Rechts § 6. Das Gesetz über die ärztlichen Zusatzhonorare vom 12. Juni 2006 wird aufgehoben.

II. Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

III. Mitteilung an den Regierungsrat.

---

## **Weisung**

### **I. Ausgangslage**

Das Gesetz über die ärztlichen Zusatzhonorare vom 12. Juni 2006 (Zusatzhonorargesetz, LS 813.14) trat am 1. Januar 2008 in Kraft. Es richtet sich an die Kaderärztinnen und -ärzte (Klinikdirektorinnen und -direktoren, Chefärztinnen und -ärzte, Leitende Ärztinnen und Ärzte, Oberärztinnen und -ärzte) der kantonalen Spitäler. Diese Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit, gegen Beteiligung (stationärer Bereich) oder auf eigene Rechnung und gegen Beteiligung des Spitals (ambulanter Bereich) zusatzversicherte und im ambulanten Bereich auch persönlich zugewiesene Patientinnen und Patienten zu behandeln. Diese Zusatzabgeltungen für die Kaderärztinnen und -ärzte sind Teil der historisch gewachsenen Sonderstellung der Ärzteschaft und der über die Normalarbeitszeiten gemäss kantonalem Personalrecht hinausgehenden Arbeits- und Präsenzzeiten. Gemäss § 10 des Zusatzhonorargesetzes richtet sich die Arbeitszeit der honorarberechtigten Ärztinnen und Ärzte nach den betrieblichen Bedürfnissen und den Verpflichtungen aus der Behandlung von zusatzversicherten oder persönlich zugewiesenen Patientinnen und Patienten. Da die Honorare zusätzlich zur Grundentlohnung nach kantonalem Personalrecht ausgerichtet werden, entfällt nach dem Zusatzhonorargesetz bei den honorarberechtigten Ärztinnen und Ärzten der Anspruch auf finanziellen oder zeitlichen Ausgleich von Arbeitszeit, die über die Arbeitszeit gemäss kantonalem Personalrecht hinausgeht.

Am 26. März 2008 – und damit nach Inkrafttreten des Zusatzhonorargesetzes – entschied die Volkswirtschaftsdirektion, dass sowohl das Universitätsspital Zürich (USZ) wie auch das Kantonsspital Winterthur (KSW) seit ihrer Verselbstständigung am 1. Januar 2007 den Arbeits- und Ruhezeitvorschriften des Bundesgesetzes vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz, ArG, SR 822.11) unterstehen. Damit galt für die Oberärztinnen und -ärzte rückwirkend ab dem 1. Januar 2007 eine wöchentliche Höchstarbeitszeit von 50 Stunden gemäss Arbeitsgesetz. Diese Begrenzung wiederum hat zur Folge, dass für darüber hinausgehende Arbeitszeit von Oberärztinnen und Oberärzten nach Art. 13 ArG Überzeitenschädigung geschuldet war und ist. Im Rahmen der rückwirkenden Bereinigung und Abrechnung angefallener Überzeit verrechneten das USZ und das KSW die geschuldeten Überzeitenschädigungen mit den an die Oberärztinnen und -ärzte ausbezahlten Honoraren. Die Spitäler begründeten dies mit dem Argument, es wäre nicht sachgerecht, Überzeitleistungen doppelt zu entschädigen. Nur wenn der Überzeitananspruch höher ausfiel als die

bereits geleisteten Honorarzahungen, gelangte die entsprechende Differenz zur Auszahlung. Gegen solche Verrechnungen legten mehrere Oberärztinnen und -ärzte erfolglos beim kantonalen Verwaltungsgericht Rechtsmittel ein. Ein Oberarzt aus dem USZ hat dagegen das Bundesgericht angerufen. Dieses kam mit drei zu zwei Stimmen in seinem Urteil 8C\_844/2011 vom 23. August 2012 zum Schluss, dass der Ausschluss von Überzeitenschädigung nach kantonalem Recht auch im Falle anderweitiger Entschädigungen (Zusatzhonorare) gegen Bundesrecht verstosse und damit die beim klagenden Oberarzt getätigte Verrechnung durch das USZ unzulässig sei.

In der Folge überwies der Kantonsrat dem Regierungsrat am 8. Juli 2013 das dringliche Postulat KR Nr. 148/2013 betreffend Umsetzung des Gesetzes über die ärztlichen Zusatzhonorare zur Prüfung eines sich aus dem Urteil ergebenden Änderungsbedarfs. Der Regierungsrat erstattete dazu mit Beschluss vom 4. Juni 2014 Bericht (Vorlage 5098). Er beantragte die Abschreibung des Postulats unter Hinweis auf die bereits in die Wege geleitete Revisionsvorlage. Mit Beschluss des Kantonsrates vom 24. November 2014 wurde das Postulat in der Folge abgeschrieben.

## **II. Vernehmlassungsvorlage vom 9. April 2014**

Bei der Berichterstattung zum dringlichen Postulat wurde zusätzlich zur Bereinigung der Arbeitszeitregelung in weiteren Punkten Revisionsbedarf erkannt. Der entsprechende Gesetzesentwurf wurde bei den politischen Parteien, den kantonalen Spitälern, verschiedenen Interessengruppen sowie bei den Direktionen des Regierungsrates und der Staatskanzlei in Vernehmlassung gegeben.

Die erste Änderung in der Vernehmlassungsvorlage betrifft die fragliche Arbeitszeitregelung im bisherigen § 10 des Zusatzhonorargesetzes. Diese Bestimmung soll bundesrechtskonform ausgestaltet werden, um so dem Bundesgerichtsurteil Nachachtung zu verschaffen. Die zweite Änderung der Vernehmlassungsvorlage betrifft den Geltungsbereich des Zusatzhonorargesetzes. Seit der mit der Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) eingeführten neuen Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2012 in Kraft trat, sind die nicht kantonalen Listenspitäler von der Übernahme der kantonalen Lohnmodelle befreit. Der Wettbewerb unter den Spitälern wird deshalb seither vermehrt über die Lohngestaltung geführt. Um den selbstständigen kantonalen Spitälern USZ und KSW bessere Rahmenbedingungen im Konkurrenzkampf insbesondere mit den Privatspitälern zu verschaffen, soll ihnen neu die Verfügungskompetenz über die ärztlichen Zusatzhonorare übertragen werden. Damit

werden für diese beiden Spitäler auch sämtliche Detailregelungen des Zusatzhonorargesetzes wie Bewilligungsvorschriften und Verteilmechanismen hinfällig. Die Vernehmlassungsvorlage hat darum in einer neuen Struktur einen Abschnitt über die unselbstständigen kantonalen Spitäler mit den bisherigen Regelungen des Zusatzhonorargesetzes belassen und für die selbstständigen kantonalen Spitäler einen gesonderten Titel lediglich noch mit den für die Umschreibung der Kompetenznorm unerlässlichen Bestimmungen geschaffen. Weiter ist mit der Einführung der leistungsbezogenen Spitalfinanzierung der Einbezug der subventionsberechtigten Spitäler (bisheriger § 11 Zusatzhonorargesetz) hinfällig geworden, weshalb die Vorlage ihre Nichtunterstellung vorsieht. Der dritte in der Vorlage aufgegriffene Themenbereich mit materiellem Änderungsbedarf betrifft die Regelung, wonach bei der ambulanten Behandlung von persönlich zugewiesenen, grundversicherten Patientinnen und Patienten die ärztliche Leistungskomponente des TARMED zugunsten der Kaderärztinnen und -ärzte in die Honorarpools abgeführt werden darf. Die Vernehmlassungsvorlage schlägt die Abschaffung dieser Möglichkeit vor.

### **III. Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens**

Der Grossteil der eingeladenen Vernehmlassungsteilnehmenden hat von der Möglichkeit zur Stellungnahme Gebrauch gemacht. Die bundesrechtskonforme Ausgestaltung des bisherigen § 10 des Zusatzhonorargesetzes blieb weitgehend unbestritten. Allerdings erfolgte der Hinweis, dass eine Anpassung nicht nötig sei, da § 10 bereits schon aufgrund des Bundesgerichtsurteils auch ohne formale Bereinigung nur mehr gegenüber den unselbstständigen, dem Arbeitsgesetz nicht unterstellten Kliniken angewendet werden dürfe. Der Verzicht auf die weitere Unterstellung der subventionsberechtigten nichtkantonalen Spitäler unter das Zusatzhonorargesetz blieb grösstenteils unkommentiert. Mit Blick auf die Gewährung grösserer Autonomie zugunsten der selbstständigen kantonalen Anstalten USZ und KSW sodann gab es vereinzelt ablehnende Reaktionen. Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden begrüßte jedoch die Kompetenzerweiterung bei den zwei Spitälern. Was schliesslich die Ertragsbeteiligung bei persönlich zugewiesenen ambulanten, nur grundversicherten Patientinnen und Patienten anbelangt, sprach sich eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden gegen eine Abschaffung aus. Die Ablehnung wird mit der Befürchtung hoher Einkommensverluste begründet, die besonders in den unselbstständigen kantonalen Anstalten (psychiatrische Kliniken) zu einer Benachteiligung bei der Rekrutierung von Kaderärztinnen und -ärzten und einem Attraktivitätsverlust des Berufsstands des Spital-

psychiaters führen würden. Gewisse Ärzteverbände und das USZ wünschen im Gegenteil sogar eine Ausdehnung der Beteiligung der Ärzteschaft über die fraglichen ambulanten Honoraranteile hinaus auf die Erträge der Spitäler schlechthin.

#### **IV. Grundzüge der Gesetzesrevision**

In der Gesetzesvorlage wird an den in die Vernehmlassung gegebenen Änderungen festgehalten. Darüber hinausgehend schlägt sie die Gleichstellung der unselbstständigen kantonalen Spitäler mit den selbstständigen kantonalen Spitälern vor, um den in der Vernehmlassung geäusserten Bedenken gegen die mit der Rechtsform einer unselbstständigen kantonalen Anstalt verbundenen eingeschränkten Handlungsfreiheit Rechnung zu tragen. Dies führt zu einer Vereinfachung des Gesetzes als solchem bzw. zu einer Totalrevision des Zusatzhonorargesetzes, das mit wenigen Bestimmungen (im Wesentlichen die in der Vernehmlassung diskutierten drei materiellen Bereiche) auskommt. Die Vorlage stellt sich wie folgt dar:

##### **1. Bundesrechtskonforme Ausgestaltung der Arbeitszeitvorschriften**

Laut Bundesgerichtsurteil vom 23. August 2012 sind kantonale Bestimmungen bundesrechtswidrig, die dem Arbeitsgesetz unterstehende Arbeitnehmende vom Recht auf Überzeitenschädigungen ausschliessen oder deren Verrechnung mit Zusatzhonoraren zulassen. Darum soll in der fraglichen Bestimmung (bisher § 10) neu ausdrücklich festgehalten werden, dass sich nur die Arbeitszeit der nicht dem Arbeitsgesetz unterstehenden Ärztinnen und Ärzte, für welche die Vorschriften über die Höchstarbeitszeit des Arbeitsgesetzes nicht gelten, nach den betrieblichen Bedürfnissen und nach den Verpflichtungen aus der Behandlung von stationär zusatzversicherten Patientinnen und Patienten richtet. Ebenfalls nur für diesen Personenkreis ist es zulässig, den Anspruch auf finanziellen oder zeitlichen Ausgleich von Arbeitszeit, die über die Arbeitszeit gemäss kantonalem Personalrecht hinausgeht, auszuschliessen. Für nicht dem Arbeitsgesetz unterstehende Ärztinnen und Ärzte kann der Regierungsrat sodann eine Obergrenze ihrer Arbeitszeit festlegen.

## **2. Beteiligung der Kaderärztinnen und -ärzte an Zusatzhonoraren und weiteren Erträgen (Umfang und Leistungsbereiche)**

Im stationären Bereich werden die Kaderärztinnen und -ärzte gestützt auf das Zusatzhonorargesetz an den Zusatzhonoraren aus der Behandlung von stationär zusatzversicherten Patientinnen und Patienten beteiligt. Dies soll auch weiterhin möglich sein.

Im ambulanten Bereich wird nach dem eidgenössischen Tarifsysteem Tarmed abgerechnet. Der Tarmed unterscheidet zwischen ärztlichen und technischen Leistungskomponenten. Nach geltendem Zusatzhonorargesetz verbleibt die technische Leistungskomponente dem Spital, während bei der ärztlichen Leistungskomponente differenziert verfahren wird. Stammt sie aus der ambulanten Behandlung von stationär zusatzversicherten oder persönlich zugewiesenen grundversicherten Patientinnen und Patienten, fliesst sie zugunsten der Kaderärztinnen und -ärzte in die Honorarpools. Bei allen anderen ambulanten Patientinnen und Patienten verbleibt sie dem Spital. Diese Regelung geht letztlich zurück auf die vor dem Zusatzhonorargesetz geltende Berechtigung der obersten Kaderärztinnen und -ärzte, während einer beschränkten Stundenzahl eine Privatsprechstunde für ambulante Patientinnen und Patienten nach eigenen Zulassungskriterien und auf eigene Rechnung abzuhalten. Damit wurde den Klinikdirektorinnen und -direktoren, den Chefärztinnen und -ärzten sowie den Leitenden Ärztinnen und -ärzten ein Zusatzverdienst mit einem eigenen Patientenstamm ermöglicht. Diese Möglichkeit eines Zusatzverdienstes aus der Behandlung ambulanter Patientinnen und Patienten wurde ins Zusatzhonorargesetz übernommen. Dabei wurde sie zusätzlich auf Oberärztinnen und -ärzte ausgedehnt und auch die zeitliche Sprechstundenbeschränkung aufgehoben. Parallel dazu wurde die Berechtigung der Kaderärztinnen und -ärzte zur freien Auswahl der Patientinnen und Patienten für die Privatsprechstunde abgeschafft und durch die heute geltende Regelung (stationär zusatzversicherte oder persönlich zugewiesene Patientinnen und Patienten) ersetzt. Damit wurde für sämtliche stationär zusatzversicherte Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geschaffen, durchgehend – ob ambulant oder stationär – von der gleichen Kaderärztin oder dem gleichen Kaderarzt behandelt zu werden.

Auch in Zukunft sollen die Kaderärztinnen und -ärzte die Möglichkeit haben, stationär zusatzversicherte ambulante Patientinnen und Patienten gegen Beteiligung an der Entschädigung zu behandeln. Dies bietet Gewähr dafür, dass stationär zusatzversicherte Patientinnen und Patienten auch bei ambulanten Behandlungen von derselben Kaderärztin oder demselben Kaderarzt behandelt werden wie bei einer vorangehenden oder nachfolgenden stationären Behandlung. Zugleich stellt diese Beteiligung einen Ausgleich für die Kaderärztinnen und Kader-

ärzte dar, deren Arbeitszeit sich nach den betrieblichen Bedürfnissen und nach den Verpflichtungen aus der Behandlung von stationär zusatzversicherten Patientinnen und Patienten richtet und denen ein positiver Arbeitszeitsaldo oder Überzeitleistungen nicht ausgeglichen oder vergütet werden. An der in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagenen Aufhebung der Beteiligung der Kaderärztinnen und -ärzte am Tarmed von nur grundversicherten, persönlich zugewiesenen, ambulanten Patientinnen und Patienten ist dagegen festzuhalten. Zum einen ist in der Praxis letztlich trotz aufwendiger Erfassungssysteme vielfach unklar geblieben, ob eine Zuweisung von Patientinnen und Patienten auf eine bestimmte Ärztin oder einen bestimmten Arzt oder auf die hinter ihr bzw. ihm stehende Abteilung oder Klinik zielt. So wird beispielsweise im USZ nur zwischen den Abrechnungssystemen «ambulante Poliklinik» und «persönliche Sprechstunde» unterschieden, jedoch nicht zwischen zusatzversicherten und persönlich zugewiesenen Patientinnen und Patienten. Die Finanzkontrolle befürwortet wegen dieser Problematik denn auch die Abschaffung der Honorarerwirtschaftung bei persönlich zugewiesenen Patientinnen und Patienten. Zum anderen setzt das bisherige System falsche Anreize, indem bei Überweisungen persönliche Beziehungen vor fachlichen Überlegungen den Ausschlag geben können. Weiter stellte die Möglichkeit, aus der Behandlung von persönlich zugewiesenen, nur grundversicherten Patientinnen und Patienten Zusatzhonorare zu erwirtschaften, einen Einbruch ins System der Privatversicherungen dar. Für eine Behandlung durch Kaderärztinnen und -ärzte zahlen die Privat- und Halbprivatversicherten höhere Versicherungsprämien, aus denen die Privatversicherungen sodann auch die Zusatzhonorare finanzieren. Konsequenterweise sind somit der vom Schweregrad der Krankheit unabhängige Anspruch auf privatärztliche Behandlung durch honorarberechtigte Kaderärztinnen und -ärzte auf Patientinnen und Patienten mit einer stationären Zusatzversicherung und gleichzeitig auch der Honoraranspruch der Kaderärztinnen und -ärzte auf diesen Patientenkreis zu beschränken. Diese Regelung bedeutet keine medizinische Schlechterstellung der nur grundversicherten Patientinnen und Patienten. Auch bei diesen Patientinnen und Patienten kommen die für eine angemessene Krankheitsbehandlung notwendigen und kompetenten Ärztinnen und Ärzte zum Einsatz. Der Unterschied besteht lediglich darin, dass bei diesen Patientinnen und Patienten das Spital die Ärztin oder den Arzt ausschliesslich nach medizinischen Kriterien bestimmt, während stationär zusatzversicherte Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung ihrer Zusatzversicherung Anspruch auf eine Kaderärztin oder einen Kaderarzt mindestens im Range einer Oberärztin oder eines Oberarztes haben.



Die von verschiedener Seite geäusserte Befürchtung einer Abwanderungswelle von Kaderärztinnen und -ärzten in Privatspitäler oder eine eigene Praxis als Folge einer Abschaffung der fraglichen Honoraranteile wird nicht geteilt. Zum einen sind jedenfalls die Löhne für Oberärztinnen und Oberärzte an den Zürcher Listenspitälern unabhängig von ihrer Rechtsträgerschaft recht ausgeglichen. Zum anderen wird gerade mit dem nachstehend näher zu beschreibenden Revisionspunkt, nämlich der Berechtigung des Spitalrats, den Anteil an den Zusatzhonoraren, der zur Auszahlung an die Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung steht, zu bestimmen, grundsätzlich die Möglichkeit geschaffen, wegfallende Honoraranteile auszugleichen. Allerdings sah die Vernehmlassungsvorlage noch keine solche Möglichkeit für die psychiatrischen Spitäler vor. Sie wären somit sowohl gegenüber den selbstständigen kantonalen Spitälern als auch gegenüber den anderen Spitälern benachteiligt worden. Dieser Nachteil soll dadurch behoben werden, dass auch den unselbstständigen kantonalen Spitälern bei der Honorarerwirtschaftung und -verteilung mehr Freiheit zugestanden bzw. die Kompetenz eingeräumt wird, über die gesamten Honorareinnahmen zu verfügen (vgl. dazu nachstehende Ziff. IV.3). Die von verschiedener Seite beantragte Beteiligungsmöglichkeit der Ärztinnen und Ärzte an den Spitalerträgen insgesamt, d. h. nicht nur an den Honoraren, bedeutete indessen einen Einbruch in das kantonale Entlöhnungssystem überhaupt. Die Umstellung letztlich auf Leistungslohn nur einer kantonalen Berufsgruppe ist allein schon aus Gründen der von den Gerichten verlangten grundsätzlichen Gleichbehandlung der verschiedenen Berufsgruppen öffentlicher Angestellter abzulehnen.

### **3. Mehr Autonomie für die kantonalen Spitäler**

Bis Ende 2011 war die Zahlungspflicht der Krankenversicherer gemäss KVG bei von der öffentlichen Hand betriebenen oder subventionierten Spitälern auf höchstens 50% der anrechenbaren Betriebskosten beschränkt, wobei die Investitionskosten nicht mit vergütet wurden. Den Kantonen war es freigestellt, in welchem Umfang sie sich an den nicht gedeckten Betriebs- und an den Investitionskosten beteiligen wollten. Der Kanton Zürich sah für die kantonalen und die subventionierten privaten und kommunalen Spitäler die Finanzierung lediglich der Betriebsdefizite vor. Diese beruhte einerseits auf der Grundlage einer konsolidierten Spitalrechnung über alle Leistungsbereiche und andererseits auf der Objektfinanzierung von Investitionen unter Berücksichtigung der Eigenmittel der Spitäler. Damit war eine Anrechnung der von vielen Spitälern erzielten Überdeckungen und Gewinne in ertragsstarken Bereichen (wie aus der Behandlung Zusatzversicher-

ter) an die Staatsbeiträge möglich und auch gewollt. Im Rahmen der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 wurde das Spitalfinanzierungssystem von Grund auf geändert. Seit dem 1. Januar 2012 werden alle Listenspitäler – unabhängig ob öffentlich- oder privatrechtlich organisiert – für die stationäre Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit kostendeckenden, leistungsbezogenen Pauschalen entschädigt. Diese Pauschalen enthalten neu auch einen Anteil Investitionskosten. Mit der Abkehr von der Defizitfinanzierung wurden auch die kantonalen Vorgaben zu den Lohnmodellen aufgehoben, welche die staatsbeitragsberechtigten nicht kantonalen Spitäler finanziell auf die kantonalen Löhne verpflichteten. Mit diesen Umstellungen wurde der Handlungsspielraum der nicht kantonalen Spitäler im Wettbewerb vergrössert. Die Konkurrenz wird neu eben auch über unterschiedliche Lohnmodelle ausgetragen. Die kantonalen Spitäler und ihre Angestellten unterstehen zwar, wie vorstehend ausgeführt, mit der Grundentlohnung nach wie vor dem kantonalen Personalrecht und seinen Lohnmodellen und sind in dieser Hinsicht im Wettbewerb benachteiligt. Die Zusatzhonorare sind diesen Regelungen aufgrund ihrer Spezialgesetzgebung aber nicht unterworfen, weshalb hier Handlungsspielraum besteht. Dieser Handlungsspielraum soll, wie in der Vernehmlassungsvorlage beschrieben, bei den selbstständigen kantonalen Spitälern USZ und KSW im Sinne des Wettbewerbs genutzt werden können. Wettbewerb verlangt rasche unternehmerische Entscheidungsprozesse und zeitnahe Umsetzung. Damit das USZ und KSW im hart umkämpften Arbeitsmarkt der Kaderärztinnen und -ärzte mit den anderen Spitälern mithalten können, ist die Verfügungskompetenz über die von den Kaderärztinnen und -ärzten erwirtschafteten Zusatzhonorare an das USZ und KSW zu übertragen. Das USZ und KSW sind dementsprechend von den Gestaltungsvorgaben des Zusatzhonorargesetzes überhaupt zu befreien. Sie werden dadurch zukünftig über die Aufteilung und Verwendung sämtlicher Honorareinnahmen selbstständig befinden können. Eine Genehmigungspflicht entsprechender Regelungen analog zum Spitalstatut sowie Finanz- oder Personalreglement (§ 9 Ziff. 7 Gesetz über das Universitätsspital Zürich vom 19. September 2005, LS 813.15; § 8 Ziff. 7 Gesetz über das Kantonsspital Winterthur vom 19. September 2005, LS 813.16) ist dabei nicht angezeigt. Mit dem zu revidierenden Zusatzhonorargesetz soll für beide Spitäler eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, um in einem eng gesteckten Rahmen und unter Wahrung der Struktur der Grundentlohnung vom kantonalen Personalrecht abzuweichen und die Spitäler im Konkurrenzkampf beweglicher zu machen.

Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende haben zu Recht darauf hingewiesen, dass im heutigen System auch die (noch) unselbstständigen kantonalen Spitäler (psychiatrische Kliniken) gegenüber ihren

Konkurrentinnen benachteiligt sind. Obwohl sie mit anderen privaten und öffentlichen Spitälern im Wettbewerb stehen, würden sie bei einer Umsetzung der Vernehmlassungsvorlage in diesem Punkt nach wie vor den bisherigen Regelungen des Zusatzhonorargesetzes unterstehen und wären auch weiterhin – im Gegensatz zu USZ und KSW – an die 50%-Beteiligungsregelung gemäss § 3 des Zusatzhonorargesetzes und das Poolssystem gebunden. Sie hätten somit keine Möglichkeit, einen Ausgleich für die im ambulanten Bereich den Kaderärztinnen und -ärzten wegfallenden Honoraranteile zu schaffen. Sie sollen deshalb wie das USZ und KSW ebenfalls von den Gestaltungsvorgaben des Zusatzhonorargesetzes befreit werden und dadurch zukünftig selbstständig über die Aufteilung und Verwendung sämtlicher Honorareinnahmen befinden können. Allerdings sollen der Beteiligungsschlüssel als solcher sowie allfällige konkrete Auszahlungen zugunsten von Mitgliedern der Spitaldirektion der Genehmigung durch die Gesundheitsdirektion unterstehen, solange die psychiatrischen Kliniken als unselbstständige Anstalten geführt werden und die politische Verantwortlichkeit noch bei der Gesundheitsdirektion liegt.

#### **4. Nebepunkte**

Der Wegfall des zwingenden Anteils von 50% an den Arzt honoraren zugunsten der Spitalrechnung bei kantonalen Spitälern muss auch die Aufhebung der analogen Vorschrift für die subventionsberechtigten Spitäler zur Folge haben (§ 11 Zusatzhonorargesetz). Weiter ist damit die Sondernorm betreffend Erhebung der Honorardaten in den kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitälern gemäss § 12 des Zusatzhonorargesetzes nach dem Wegfall der zwingenden Abgabeanteile an den Honoraren zugunsten der Betriebsrechnung überholt und nicht in das neue Gesetz zu übernehmen.

#### **V. Finanzielle Auswirkungen**

Hier gilt es, verschiedene Ebenen zu betrachten. Die geplanten Gesetzesänderungen verändern technisch weder die Zahlungsströme der Versicherer noch der öffentlichen Hand gegenüber den Leistungserbringern als solchen. Möglich ist jedoch, dass es in den Betriebsrechnungen der Spitäler zu Verschiebungen zulasten des Spitalergebnisses kommen könnte, wenn über einen Ausgleich des geplanten Wegfalls des ärztlichen Anteils im ambulanten Sektor hinausgehend der ärztliche Anteil an den stationären Honorarerträgen erhöht würde. Im Gesamtbetrag könnte das bei USZ und KSW sowie den psychiatrischen Spitä-

lern zu Mindereinnahmen in den Betriebsrechnungen von bis zu 35 Mio. Franken führen (durchschnittliche jährliche Betriebsanteile an den stationären Honorarerträgen 2009–2014: USZ 22 Mio. Franken, KSW 11,5 Mio. Franken, PUK 0,7 Mio. Franken, ipw 0,2 Mio. Franken; dies bei Gesamterträgen 2014 von rund 1,2 Mrd. Franken im USZ, 450 Mio. Franken im KSW, 125 Mio. Franken in der PUK und 100 Mio. Franken in der ipw). Innerhalb des Spitals entfällt die Abgabe der ärztlichen Leistungskomponente des Tarmed aus der Behandlung von den Ärztinnen und Ärzten persönlich zugewiesenen, nur grundversicherten, ambulanten Patientinnen und Patienten in den Spital- und Klinikpool. Neu verbleibt dagegen die Entschädigung für diese ärztliche Leistungskomponente der Betriebsrechnung. Für das USZ lässt sich der fragliche Betrag nicht beziffern, da er in der Rechnungslegung nicht ausgeschieden wurde. Am KSW dagegen ist das möglich: Der fragliche Anteil betrug in den letzten Jahren jeweils rund 0,5 Mio. Franken. Will das Spital diesen Ausfall den Ärztinnen und Ärzten ausgleichen, so wird dies aufgrund der geplanten Streichung des zwingenden Betriebsanteils an den Honoraren realisierbar sein. Dies gilt auch für das USZ, wo der bisherige Betriebsanteil an den Honoraren ebenfalls weit über den ambulanten Honoraranteile der Ärzteschaft liegt. Einzig in den psychiatrischen Kliniken tragen die mit persönlich zugewiesenen, nur grundversicherten ambulanten Patientinnen und Patienten erwirtschafteten Honorarerträge in hohem Ausmass an die gesamten Honorarerträge bei. Ein Ausgleich über stationär erwirtschaftete Honorare wird jedenfalls in der ipw nicht möglich sein.

## **VI. Regulierungsfolgeabschätzung**

Die Revisionsvorlage wurde im Sinne von § 1 des Gesetzes zur administrativen Entlastung der Unternehmen vom 5. Januar 2009 (EntlG, LS 930.1) und § 5 der Verordnung zur administrativen Entlastung der Unternehmen vom 18. August 2010 (EntlV, LS 930.11) geprüft. Diese Prüfung ergab, dass sich aufgrund der geplanten Gesetzesänderung keine administrative Mehrbelastung von Unternehmen im Sinne des EntlG ergibt. Im Gegenteil ergibt sich eine Entlastung, da mit der Revision in Zukunft die Datenerhebung bei den Spitälern im Sinne des bisherigen § 11 des Zusatzhonorargesetzes entfällt.

## VII. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

### § 1

Werden in einem Spital stationär zusatzversicherte Patientinnen und Patienten behandelt, kann das Spital gestützt auf § 16 Abs. 2 SPFG sowie die Versicherungsverträge mit den Krankenversicherungen ärztliche Zusatzhonorare in Rechnung stellen. Welche Ärztinnen und Ärzte innerhalb des Spitals zur Behandlung von stationär zusatzversicherten Patientinnen und Patienten sowie zur Führung einer ambulanten Privatsprechstunde – und damit zur Erzielung von Zusatzhonoraren – auf Rechnung des Spitals zugelassen sind, bestimmt das Spital (je nach interner Zuständigkeitsordnung der Spitalrat oder die Spitaldirektion). Ob Klinikdirektorinnen und Klinikdirektoren, Chefärztinnen und Chefärzte, Leitende Ärztinnen und Ärzte sowie Oberärztinnen und Oberärzte hierfür eine besondere Bewilligung brauchen, die mit Auflagen verbunden sein kann (z. B. persönliche und fachliche Eignung der Ärztin oder des Arztes, Beschränkungen der Leistungsbereiche der ärztlichen Tätigkeit zur Erwirtschaftung von Zusatzhonoraren, allfällige zeitliche oder andere Begrenzungen), entscheidet das Spital in eigener Kompetenz.

Eine gesetzliche Regelung ist hingegen nötig, wenn erwirtschaftete Zusatzhonorare an Mitarbeitende ausgeschüttet werden sollen. Daher wird in § 1 Abs. 1 des Zusatzhonorargesetzes festgelegt, dass insbesondere Klinikdirektorinnen und Klinikdirektoren, Chefärztinnen und Chefärzte, Leitende Ärztinnen und Ärzte sowie Oberärztinnen und Oberärzte an den erwirtschafteten Honoraren beteiligt werden können. Es soll aber auch möglich bleiben, weitere Mitarbeitende der kantonalen Spitäler, wie beispielsweise Angehörige des Mangelberufs Kardio-techniker, bei ausserordentlichen Leistungen an den Zusatzhonoraren teilhaben zu lassen.

Die zur Verfügung stehende Summe zur Beteiligung der infrage kommenden Personengruppen setzt sich einerseits aus den Zusatzhonoraren zusammen, die bei der Behandlung von entsprechend versicherten Patientinnen und Patienten im stationären Bereich anfallen. Solche werden Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus für die ärztlichen Leistungen in Rechnung gestellt, die über die Basisleistung nach KVG hinausgehen (z. B. freie Arztwahl). Andererseits besteht das Beteiligungssubstrat aus den Erträgen der ärztlichen Leistungskomponente gemäss Tarmed, die bei der Behandlung von ambulanten Patientinnen und Patienten, die stationär zusatzversichert sind, anfallen. Schliesslich kann das Beteiligungssubstrat noch durch eine dritte Kategorie gespiesen werden, nämlich mit Erträgen aus Transplantationen. Da Transplantationen derzeit nur am USZ durchgeführt wer-

den, ist diese Finanzierungsquelle einzig in diesem Spital zugänglich. Die Vergütung der Leistungen im Bereich der Transplantationsmedizin erfolgt unabhängig vom Versicherungsschutz der Patientin oder des Patienten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Damit ist eine Inrechnungstellung von Zusatzhonoraren gegenüber Privatpatientinnen und -patienten in diesem Bereich ausgeschlossen. Mit der Erlaubnis, das Beteiligungssubstrat mit Erträgen aus Transplantationen aufzustocken, wird den hauptsächlich in der Transplantationsmedizin eingesetzten Kaderärztinnen und -ärzten ein Ausgleich zum Wegfall der Honorarerwirtschaftung ermöglicht.

Abs. 2 hält ausdrücklich fest, dass das Spital bei der Festlegung der konkreten Beteiligung für einzelne Mitarbeitende insbesondere berücksichtigen darf, wie gross der Einsatz der oder des betreffenden Mitarbeitenden bei der Erbringung von Mehrleistungen für Patientinnen und Patienten im Privatpatientenstatus sowie der Übernahme von ausserordentlichen Aufgaben im übergeordneten Klinik- oder Institutsinteresse ist. Ebenfalls als Kriterium hinzugezogen werden kann die Beschäftigungs- und Lohnsituation auf dem für die betreffenden Personen massgeblichen Arbeitsmarkt. Auf diese Weise sollen die kantonalen Spitäler im hart umkämpften Arbeitsmarkt der Kaderärztinnen und -ärzte mit den anderen Spitalern mithalten und – in Ergänzung zur Grundentlohnung nach kantonalem Personalrecht durch Beteiligungen nach Zusatzhonorargesetz – marktconforme Löhne zahlen können.

## § 2

Diese Bestimmung gilt ausschliesslich für die kantonalen Spitäler in der Rechtsform öffentlich-rechtlicher unselbstständiger Anstalten. Bis auf Weiteres sind dies noch die kantonalen psychiatrischen Kliniken (die Gesetzesvorlage zur Motion KR-Nr. 201/2010 betreffend Ver selbstständigung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ist vom Regierungsrat im Juni 2015 zur Vernehmlassung freigegeben worden; das Gesetz über die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland AG ist vom Regierungsrat im Mai 2015 zuhanden des Kantonsrates verabschiedet worden [Vorlage 5199]).

Der Entscheid über die Verwendung der eingenommenen Zusatzhonorare obliegt der Spitaldirektion (Abs. 1). Unter der Spitaldirektion ist je nach Organisation des Betriebs dasjenige operative Führungsgremium zu verstehen, in dem auch die Ärztliche Direktion oder, bei Fehlen einer solchen, die Chefärztegesellschaft vertreten ist. Sie entscheidet einerseits darüber, wie gross der Anteil an den Zusatzhonoraren sowie den weiteren Beteiligungssubstraten sein soll, der zugunsten von Kaderärztinnen und -ärzten sowie weiteren Mitarbeitenden ausgerichtet wird. Andererseits liegt auch die konkrete Verteilung der Gelder unter die Empfängerinnen und Empfänger in der Kompetenz der

Spitaldirektion. Ob zur Verteilung der Gelder die bestehenden Pool-systeme weitergeführt oder neue Systeme eingerichtet werden, liegt in ihrer Entscheidungskompetenz.

Die Entscheidungsbefugnis über die konkrete Verteilung der Gelder an einzelne Personen kann die Spitaldirektion sodann ganz oder teilweise an die Klinikdirektorinnen und -direktoren übertragen (Abs. 2). Diese Delegationskompetenz umfasst auch die Möglichkeit der Spitaldirektion, den Klinikdirektorinnen und -direktoren Vorgaben bezüglich der Verteilung zu machen (z. B. bezüglich Notwendigkeit von Verteilreglementen, Verteilmechanismen, Plafonierungen der Auszahlungen, Höchstbeteiligungssätzen für die Klinikdirektorinnen und -direktoren usw.).

Die Anteile an den Erträgen gemäss § 1, die von der Spitaldirektion für die Verteilung zur Verfügung gestellt werden sollen, sind der Gesundheitsdirektion vorgängig zur Genehmigung zu unterbreiten (Abs. 3). Die nötigen Grundlagen zur Beurteilung der Regelungen (beispielsweise neueste Daten zum Honorarvolumen, Anzahl zur Honorarerhebung zugelassene Ärztinnen und Ärzte usw.) sind dabei der Gesundheitsdirektion zur Verfügung zu stellen. Mit dem Genehmigungsvorbehalt soll gewährleistet werden, dass die Regelungen gesetzeskonform, rechtsgleich und verhältnismässig sind. Zusätzlich sind der Gesundheitsdirektion auch geplante Auszahlungen an die Mitglieder der Spitaldirektion vorgängig zur Genehmigung zu unterbreiten.

### § 3

Diese Bestimmung gilt für kantonale Spitäler in der Rechtsform der selbstständigen Anstalt: Derzeit sind dies das USZ und das KSW. Wird das KSW, wie vom Regierungsrat dem Kantonsrat beantragt, in eine AG umgewandelt (Vorlage 5153), ist das Zusatzhonorargesetz zukünftig für dieses Spital nicht mehr anwendbar, sondern das KSW würde seine eigenen Regelungen treffen können. Falls die bisher unselbstständige Psychiatrische Universitätsklinik wie geplant in eine selbstständige Anstalt umgewandelt werden sollte, würde sie nach der Umwandlung unter die Regelungen für die selbstständigen kantonalen Anstalten nach § 3 fallen.

Der Entscheid über die Verwendung der eingenommenen Zusatzhonorare obliegt dem Spitalrat (Abs. 1). Er entscheidet, wie gross der Anteil der Zusatzhonorare und der weiteren Beteiligungen sein soll, der zugunsten von Kaderärztinnen und -ärzten sowie weiteren Mitarbeitenden ausgerichtet wird. Zusätzlich befindet der Spitalrat auch über die konkrete Verteilung der Gelder unter die Empfängerinnen und Empfänger. Ob zur Verteilung der Gelder die bestehenden Poolssysteme weitergeführt oder neue Systeme eingerichtet werden, liegt in seiner Entscheidungskompetenz.

Die Kompetenz zum Entscheid über die konkrete Verteilung der Gelder unter die einzelnen Empfängerinnen und Empfänger kann der Spitalrat ganz oder teilweise an die Spitaldirektion übertragen (Abs. 2). Diese Delegationskompetenz umfasst auch die Möglichkeit des Spitalrats, der Spitaldirektion Vorgaben bezüglich der Verteilung zu machen (z. B. bezüglich Möglichkeit einer Subdelegation an die Klinikdirektorinnen und -direktoren, Notwendigkeit von Verteilreglementen, Verteilmechanismen, Plafonierungen der Auszahlungen, Höchstbeteiligungssätzen für die Klinikdirektorinnen und -direktoren usw.).

#### § 4

Die Honorare aus der stationären privatärztlichen Tätigkeit werden von der Rechtsprechung im Zusammenhang mit der AHV-Beitragspflicht als unselbstständiges Einkommen qualifiziert. Da die Behandlung von ambulanten, stationär zusatzversicherten Patientinnen und Patienten neu ebenfalls auf Rechnung des Spitals erfolgen soll, sind auch die entsprechenden Honorare aus der ambulanten privatärztlichen Tätigkeit als unselbstständiges Einkommen im Sinne der AHV-Gesetzgebung zu qualifizieren.

Die Anteile an den Beteiligungen gemäss § 1 sollen hingegen nicht als Lohnbestandteil betrachtet werden. Bei unverschuldeter Verhinderung an der Arbeitsleistung besteht daher kein Anspruch auf einen Anteil an der Beteiligung. Im Bereich der Beruflichen Vorsorge werden sie auch nicht dem anrechenbaren Lohn zugerechnet. Diese für die privatärztlichen Honorare in Art. 18 Abs. 2 des Vorsorgereglements der BVK (gültig ab 1. September 2014) festgehaltene Regelung stimmt mit der Rechtsprechung des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich (Urteil BV.2000.00038 vom 17. Juni 2003) überein. Vorliegend wird sie noch gesetzlich verankert.

#### § 5

Für Kaderärztinnen und -ärzte, die an Erträgen gemäss § 1 Abs. 1 beteiligt werden können und die nicht dem Arbeitsgesetz vom 13. März 1964 unterstehen, richtet sich die Arbeitszeit nach den betrieblichen Bedürfnissen und nach den Verpflichtungen aus der Behandlung von stationär zusatzversicherten Patientinnen und Patienten. Für Kaderärztinnen und -ärzte, die dem Arbeitsgesetz unterstehen, gilt die entsprechende wöchentliche Höchstarbeitszeit und Überzeitarbeit ist ihnen nach den Vorgaben des Arbeitsgesetzes zu entschädigen. Damit wird dem Bundesgerichtsurteil vom 23. August 2012 Nachachtung verschafft.



Die Möglichkeit der angestellten Kaderärztinnen und -ärzte, Zusatzhonorare zu erzielen und daran teilzuhaben, stellt im kantonalen Personalrecht eine Ausnahme dar. Für keine andere Berufsgruppe besteht eine ähnliche Regelung. Als Ausgleich für die Möglichkeit, mit privatärztlicher Tätigkeit ein Zusatzeinkommen zu erwirtschaften, richtet sich die Arbeitszeit der Kaderärztinnen und -ärzte, mit Ausnahme der dem Arbeitsgesetz unterstehenden Ärztinnen und Ärzte, weitgehend nach den betrieblichen Bedürfnissen. Das Zusatzeinkommen kann den Grundlohn, den sämtliche Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber als Angestellte der Spitäler beziehen, in hohem Masse übersteigen. Die Arbeitszeit der honorarberechtigten Ärzteschaft hat sich deshalb im Gegenzug nach den betrieblichen Bedürfnissen und nach den gegenüber stationär zusatzversicherten Patientinnen und Patienten eingegangenen Verpflichtungen zu richten.

Mit der Zusatzerwerbsmöglichkeit entfällt gleichzeitig der Anspruch auf finanzielle oder zeitliche Kompensation von zusätzlich geleisteter Arbeitszeit, sei es Gleitzeit oder angeordnete Überzeit (Abs. 2).

Spitalärztinnen und -ärzte gemäss der Spitalärzteverordnung vom 14. Juli 2010 (LS 813.42) werden von den Regelungen gemäss § 5 des Zusatzhonorargesetzes nicht erfasst. Für sie gilt laut § 2 der Spitalärzteverordnung eine wöchentliche Arbeitszeit von 45 Stunden. Gleichzeitig haben sie aber auch nicht die Möglichkeit oder Verpflichtung, bei der ambulanten oder stationären Untersuchung oder Behandlung von stationär zusatzversicherten Patientinnen und Patienten Zusatzhonorare zugunsten des Spitals zu erzielen.

Für Ärztinnen und Ärzte gemäss § 1 Abs. 1, die nicht dem Arbeitsgesetz unterstehen, kann der Regierungsrat eine Obergrenze der Arbeitszeit festlegen. Entsprechende Obergrenzen bestehen derzeit für Oberärztinnen und -ärzte an den unselbstständigen kantonalen Anstalten (RRB Nr. 4094/1990).

## § 6

Das bis anhin geltende Zusatzhonorargesetz ist auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des revidierten Zusatzhonorargesetzes aufzuheben.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:	Der Staatsschreiber:
Stocker	Husi