



SDK Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
CDS Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires
CDS Conferenza dei direttori cantonali della sanità

Weltpoststr. 20 Postfach CH-3000 Bern 15 Tel. +31 356 20 20 Fax. +31 356 20 30
<http://www.sdk-cds.ch> e-mail: office@sdk-cds.ch

Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung der Spitalarzt-Abteilungen
mit Anpassungen vom 17.10.2002

verabschiedet von der Kommission „Vollzug KVG“ der SDK

A EINLEITUNG

A.1 Arbeitsgruppe "Spitalarzt-Abgeltungen" (1997/98)

(A11) Der Vorstand der SDK setzte am 10. April 1997 eine Arbeitsgruppe "Spitalarzt-Abgeltungen" ein. Die Bearbeitung dieser Thematik durch die SDK war von mehreren Gesundheitsdirektoren beantragt worden. Die Arbeitsgruppe erarbeitete Empfehlungen zur Neuregelung von Spitalarzt-Abgeltungen in den Kantonen. Der Vorstand der SDK entschied am 28. Januar 1999, ein Vernehmlassungsverfahren bei den kantonalen Gesundheitsdepartementen, beim Konkordat der Schweizerischen Krankenkassensversicherer (jetzt: santésuisse), bei H+ Die Spitaler der Schweiz, bei der Medizinaltarifkommission und der FMH (inkl. interessierte rztenschaft) durchzuführen. Er nahm die Empfehlungen vom 18.12.1998 sowie die Ergebnisse der Vernehmlassung am 24. Juni 1999 zur Kenntnis und beschloss, das Projekt "in einer vorsichtigeren Gangart" weiter zu verfolgen.

A.2 Erfa-Gruppe "TARMED und Spitalarztabgeltungen"

(A21) Eine später eingesetzte, kleinere Arbeitsgruppe (Erfa-Gruppe "TARMED und Spitalarztabgeltungen") stellte ihre Tätigkeiten bald ein. Vor der Wiederaufnahme der Arbeiten sollten die weiteren Entwicklungen beim Einzelleistungstarif TARMED und bei der Spitalfinanzierung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) klarer absehbar sein, welche zum damaligen Zeitpunkt noch nicht durchschaubar waren.

(A22) Im Juni 2001 wurde die SDK von santésuisse (damals KSK) eingeladen, Personen in eine Expertengruppe santésuisse/H+/SDK "TARMED in der Zusatzversicherung" zu delegieren. Es wurden für die SDK von der Kommission "Vollzug KVG" Walter Bachmann (GSD LU) und Annamaria Müller Imboden (stv. Zentralsekretrin) bezeichnet. Die Kommission regte ausserdem an, die Erfa-Gruppe "TARMED und Spitalarztabgeltungen" zu reaktivieren, um die Position der SDK vorgängig zu einem Gespräch mit santésuisse, H+ etc. - das schliesslich nie stattfand - zu klären.

(A23) Die Erfa-Gruppe traf sich zu drei Sitzungen (September und November 2001, April 2002) und stellte fest, dass heute dringender Handlungsbedarf besteht, und verschiedene Kantone versuchen, Lösungsansätze bei der Neuregelung der Spitalarztabgeltungen zu finden.

(A24) Bei der Durchsicht der Empfehlungen der Arbeitsgruppe "Spitalarzt-Abgeltungen" vom 18.12.1998 ist die Erfa-Gruppe zur Einsicht gelangt, dass sie grundsätzlich immer noch Gültigkeit besitzen. Nicht nur, weil die Einführung des TARMED in eine nähere Zukunft gerückt ist, halten die Mitglieder der Erfa-Gruppe die Zeit für reif, die damaligen Empfehlungen den kantonalen Gesundheitsdepartementen in überarbeiteter und an die kommenden Gegebenheiten angepasster Form in Erinnerung zu rufen.

B AUSGANGSLAGE

B.1 Probleme der bisherigen Regelungen

(B11) Das von honorarberechtigten Spitalärztinnen und Spitalrzten¹ (im weiteren: Spitalärztinnen und Spitalärzte) erzielte Berufseinkommen ist nur in ungenügendem Masse von ihrer fachlichen Qualifikation und von den tatsächlich erbrachten qualitativen und quantitativen

¹ Mit Spitalärztinnen und Spitalärzten sind Kaderarztpersonen gemeint. Nicht damit gemeint sind: Assistenz- und Oberärzte und -Ärztinnen, Belegärzte und -Ärztinnen sowie die in manchen Kantonen neu geschaffene Kategorie der Spitalärzte und -Ärztinnen.

Leistungen abhängig. Die Grundbesoldungen wurden in der Regel unter Berücksichtigung der Höhe des gesamten Einkommens festgelegt.

(B12) Die Unterschiede zwischen den in den verschiedenen medizinischen Fachbereichen erzielten Berufseinkommen sind teilweise ungerechtfertigt.

(B13) Die Abgeltungsregeln tragen meistens dem Umstand zu wenig Rechnung, dass eher Teams als Einzelpersonen für die medizinische Leistungserbringung verantwortlich sind.

(B14) Die Abgeltungsregeln berücksichtigen in den meisten Fällen die Managementtätigkeit von Spitalärztinnen und Spitalärzten in zu geringem Masse.

(B15) Das von Spitalärztinnen und Spitalärzten erzielte Einkommen ist gemäss öffentlicher Meinung in vielen Fällen ungerechtfertigt hoch.

(B16) Die Tätigkeit von Spitalärztinnen und Spitalärzten bei Patientinnen und Patienten der Privatabteilungen der Spitäler wird in der Regel als steuerrechtlich selbständige Tätigkeit betrachtet, sozialversicherungsrechtlich und meist auch haftpflichtrechtlich hingegen als un-selbständige Tätigkeit. Diese Diskrepanzen werden oft nicht verstanden und können zu Auseinandersetzungen und Konflikten führen.

(B17) Die Honorareinnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit und die Tarife der Privatabteilungen können Anreize für unnötige Behandlungen und Spitalaufenthalte schaffen.

(B18) Die heutige Regelung der Spitalarztabgeltungen kann der differenzierten Nachfragestruktur der Versicherten nicht Rechnung tragen. Die bisher in den Spital-Zusatzversicherungen übliche Kombination von freier Wahl der Leistungserbringer (Spital, Ärztin oder Arzt) und höherem Hotelkomfort (1-Bett-Zimmer, 2-Bett-Zimmer) wird den Bedürfnissen nur eines Teils der Versicherten gerecht. Ein Teil der Versicherten ist lediglich an der freien Wahl des Spitals oder des ärztlichen Personals interessiert, ein anderer Teil am höheren Hotelkomfort. In zunehmendem Masse werden denn auch bereits differenzierte Zusatzversicherungen angeboten, wodurch das traditionelle Zusatzversicherungs-Konzept unterhöhlt wird.

B.2 Vorteile der bisherigen Regelungen

(B21) Die Möglichkeit, Honorareinnahmen durch privatärztliche Tätigkeit zu erzielen, erleichtert die Rekrutierung qualifizierter Personen für die ärztlichen Leitungsfunktionen der Spitäler im Rahmen der Besoldungsordnungen der öffentlichen Hand.

(B22) Aus den Honorareinnahmen für die privatärztliche Tätigkeit des leitenden ärztlichen Spitalpersonals fallen, je nach den betreffenden Bestimmungen und Poolreglementen, auch Finanzierungsmittel an für Forschung, Fortbildung, Investitionen sowie Gehaltskomponenten von Oberärztinnen und Oberärzten, Assistenzärztinnen und Assistenzärzten, usw.

(B23) Die bisherigen Regelungen im Bereich der Zusatzversicherungen schaffen eine Entlastung insbesondere der öffentlichen Hand und begünstigen dank der Kombination der freien Arztwahl und der Hotel-Zusatzversicherung eine „umfassende Dienstleistung“ im Rahmen eines Spitalaufenthaltes.

B.3 Aktuelle Entwicklungen

(B31) Seit 1996 sind markante Abwanderungs-Tendenzen aus den Spital-Zusatzversicherungen festzustellen. Diese sind vor allem mit den Prämien erhöhungen sowohl in der Kran-

kenpflege-Grundversicherung wie auch in den Zusatzversicherungen selber zu erklären. Bei den letzteren spielen die mit dem Inkrafttreten des KVG eingeführte privatversicherungsrechtliche Regelung der Zusatzversicherungen mit Übergang vom Umlageverfahren zum Kapitaldeckungsverfahren und die vermehrt risikobezogene Prämiengestaltung eine wichtige Rolle: Für viele ältere Versicherte sind die Prämien der Zusatzversicherung massiv gestiegen.

(B32) Auf der anderen Seite sind aber auch Entwicklungen im Gange, welche den Trend zum Ausstieg aus den Zusatzversicherungen auf direkte oder indirekte Weise bremsen dürften. Dazu gehören insbesondere auch die Einführung neuer Finanzierungs- und Tarifmodelle (z.B. Globalbudgets, TARMED*, Behandlungsfall-Pauschalen) sowie separate Zusatzversicherungen für die ärztliche Betreuung einerseits und für den Aufenthalt (Hotelleistungen) andererseits, welche von den Krankenversicherern in vermehrtem Masse angeboten werden.

** Der Tarif TARMED bezieht sich primär auf die ambulante ärztliche Tätigkeit. Er spielt aber auch für den zukünftigen Spitaltarif eine Rolle: Das neue Tarifwerk ist grundsätzlich in eine technische bzw. spitalinfrastrukturelle Leistung und eine ärztliche Leistung gesplittet. Der Tarif TARMED wird voraussichtlich am 1.1.2004 eingeführt.*

(B33) Die Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) vom 16.12.1997 und 30.11.2001 in Sachen Subventionierung von Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen subventionierter Spitäler weisen ebenfalls in diese Richtung. Nachdem die medizinisch bedingten ausserkantonalen Behandlungen nun auch dann subventioniert werden, wenn sie in einer Privatabteilung erfolgen, ergibt sich vor allem in Kantonen mit einem beschränkten spitalmedizinischen Angebot ein Entlastungseffekt für die Prämien der Spital-Zusatzversicherungen.

(B34) In der am 7. Juli 1998 zwischen der SDK und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse) abgeschlossenen Vereinbarung zur Spitalfinanzierung (Stillhalteabkommen) wurde ein vorläufiges Festhalten am Verzicht auf die Subventionierung stationärer Behandlungen in Privat- und Halbprivat-Abteilungen innerhalb des Wohnkantons der Versicherten bis Ende 2000 vereinbart. Die Vereinbarung konnte nicht bis zum Inkrafttreten der Gesetzesrevision verlängert werden. Am 30.11.2001 wurden die Interpretationsdifferenzen zwischen Kantonen und Versicherern durch das bereits erwähnte höchstrichterliche Urteil zu Ungunsten der Kantone entschieden.

(B35) Eine Vereinbarung zwischen der SDK und santésuisse zur pauschalen Abgeltung der Forderungen der Versicherer für das Jahr 2001 wurde im Juni 2002 unterzeichnet. Für die Jahre 2002 bis 2004 erliess die Bundesversammlung ein dringliches Bundesgesetz, welches die Subventionierungspflicht der Kantone regelt. Es sieht die stufenweise Anhebung des Subventions-Anteils der Kantone vor. Mit dem Inkrafttreten der 2. Teilrevision des KVG ist nicht vor dem 1.1.2005 zu rechnen.

(B36) Im Zuge der Revision der Spitalfinanzierung im KVG soll die Ungleichbehandlung zwischen Grund- und Zusatzversicherten aufgehoben werden. Allerdings geht die gesetzliche Regelung noch weiter als das EVG-Urteil vom 30.11.2001: Auch Privatspitäler sollen dann in die Subventionierungspflicht eingeschlossen werden. Welche Auswirkungen diese Regelung auf die Planungskompetenzen der Kantone haben wird, ist noch unklar.

(B37) Schliesslich ist eine weitere Entwicklung zentral für die zukünftige Gestaltung der Spitalarztabgeltungen. Im Rahmen der Revisionen der kantonalen Spitalgesetze setzen sich immer mehr jene Modelle durch, welche den kantonalen oder subventionierten Spitälern mehr Autonomie in operativen Entscheiden zugestehen und die Rolle des Kantons auf versorgungspolitische und planerische Aufgaben sowie den Abschluss von Leistungsaufträgen mit den damit verbundenen Finanzierungs- und Kontrollpflichten beschränken.

B.4 Bedeutung dieser Entwicklungen für die Spitalarzt-Abgeltungen

(B41) Die gegenwärtig feststellbaren Tendenzen zur Abwanderung der Versicherten aus dem Zusatzversicherungsbereich und die Ungewissheit darüber, in welchem Masse und in welchen Fachbereichen zukünftig noch Zuschläge auf privatärztlichen Behandlungen erhoben werden können, führen zu beträchtlichen Unsicherheiten in Bezug auf die Entwicklung des Berufseinkommens von Spitalärztinnen und Spitalärzten. Insbesondere die KVG-Revision betreffend Spitalfinanzierung, verbunden mit der Durchsetzung des Tarifschutzes im Grundversicherungsbereich kann die Höhe der Abgeltung für privatärztliche Leistungen durch die Versicherer und damit die Attraktivität der Tätigkeit als Spitalärztin und Spitalarzt negativ beeinflussen.

(B42) Die meisten Kantone, welche bei den öffentlichen Spitälern eine privatärztliche Tätigkeit zulassen, kennen das gespaltene Rechtsverhältnis. Die Privatversicherten gehen mit der Spitalärztin und dem Spitalarzt ein zivilrechtliches Behandlungsverhältnis ein. Letzere können dafür ein Honorar verlangen. Für die Benutzung der Spitalinfrastruktur und das Spitalpersonal sowie für den Sondervorteil, an einem öffentlichen Spital privatärztlich tätig zu sein, hat die Spitalärztin und der Spitalarzt eine Abgabe zu entrichten. Da der TARMED ein durchwegs gesplitteter Tarif ist, dürften die bisherigen Abgaben für die Inanspruchnahme der Spitalinfrastruktur und des Spitalpersonals zu überarbeiten sein. Damit würde nur noch eine Abgabe für den Sondervorteil gerechtfertigt sein. Sie zu kalkulieren, ist sehr schwierig. Die gesamte Problematik fordert den Wechsel zum einheitlichen Rechtsverhältnis. Damit entfallen die Probleme im Zusammenhang mit den Spitalabgaben (in Frage gestellte Rechtsgrundlage, Verbot der konfiskatorischen Besteuerung, Kalkulation der Abgaben, Diskrepanz zwischen steuerrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher Klassifikation).

(B43) Die vermehrte Kompetenzübertragung von den Kantonen an die Spitäler kann nicht heissen, dass keine Rahmenbedingungen mehr für die Einkommenszusammensetzung der Spitalärzte definiert werden sollen. Gerade die harte Konkurrenz zu privaten Leistungserbringern bedingt, dass die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Abgeltung unter den Spitalärzten erhöht und in den Grundelementen vereinheitlicht wird.

(B44) Gegenüber der bisherigen Situation mögen die Auswirkungen der hier empfohlenen Massnahmen auf den ersten Blick für Teile der Ärzteschaft als eher ungünstig erscheinen. Bei nüchterner Betrachtung erweist sich indessen, dass die Empfehlungen durchaus geeignet sind, der Spitalärzteschaft mittel- und längerfristig ein angemessenes leistungsbezogenes Berufseinkommen zu sichern und die Unsicherheit der Entwicklung der ärztlichen Einkommen zu beschränken.

B.5 Aktueller Stand in einzelnen Kantonen

(B51) Verschiedene Kantone haben begonnen, die Empfehlungen der Arbeitsgruppe "Spitalarzt-Abgeltungen" vom 18.12.1998 oder Teile davon in ihren Spitalarztverträgen umzusetzen und/oder sich über eine Neuregelung der Spitalarztabgeltungen im Hinblick auf die Einführung des TARMED und die Neuregelung der Spitalfinanzierung Gedanken zu machen.

(B52) Im Kanton Graubünden etwa stellt man sich derzeit die Frage, wie die Messung des Erfolges vorgenommen werden soll oder ob eine breite oder eine tiefe Ausbildung mehr Wert ist (Generalist an der Peripherie vs. Spezialist im Zentrumsspital). Die Ärzte äussern grosse Bedenken gegen eine Erfolgskomponente in ihrer Abgeltung. Die Graubündner Spitalärztinnen und Spitalärzte sind auch im ambulanten KVG-Bereich (nicht nur Privatsprechstunde) honorarberechtigt.

(B53) Im Kanton Solothurn ist bereits vor einiger Zeit über die Ausgestaltung einer Leistungskomponente verhandelt worden. Bei Chefärztinnen und Chefärzten hätte sie 45% des

(fixen) Grundgehalts, bei Leitenden Ärztinnen und Ärzten 35% des Grundgehalts betragen. Die Leistungskomponente beinhaltet folgende Vorgaben (50% der Leistungskomponente):

- Erreichen der vereinbarten Anzahl betreuter stationärer Patientinnen und Patienten;
- Erreichen der vereinbarten Anzahl Taxpunkte ärztliche Leistungen im ambulanten Bereich (ausgenommen Privatsprechstundentätigkeit)

Eine Anpassung dieses Teils der Leistungskomponente im Hinblick auf die Einführung des TARMED war bereits vorgesehen. Die andere Hälfte der Leistungskomponente beinhaltet

- die Einhaltung des vorgegebenen Klinik- bzw. Abteilungsaufwandes mit Leistungsbezug (25%);
- die Einhaltung des gemäss Budget vorgegebenen Spitalaufwandes mit Leistungsbezug (5%); und
- die Abgeltung für Zusatzdienste (z.B. Einsitznahme in die Spitalleitung; 20%).

Der speziellen Ausgangslage der Disziplinen Radiologie und Anästhesie wurde in besonderer Weise Rechnung getragen. Die Verhandlungen zwischen der Spitalärzteschaft und den Spitälern wurden schliesslich abgebrochen, weil bezüglich Höhe der Gesamtentschädigung keine Einigung erzielt werden konnte.

(B54) Im Kanton Waadt sind die Chefärztinnen und Chefärzte der Regionalspitäler im Auftragsverhältnis beschäftigt und werden nach Einzelleistung über einen Fonds, der von der Société vaudoise de médecine verwaltet wird, abgegolten. Eine Vereinheitlichung hin zu einer Beschäftigung im Arbeitsverhältnis gemäss AHV-Bundesrecht, wie dies an den Kantonsspitälern der Fall ist, wird angestrebt. Es ist vorgesehen, dass ab dem 1.1.2004 das Verhältnis zwischen den Regionalspitälern und ihren Spitalarztpersonen auf Arbeitsverträgen beruht, die die ganze medizinische Tätigkeit im Spital abdecken. Das Einkommen soll aus einer Grundbesoldung plus Zuschlägen bestehen und max. 500'000.- CHF betragen.

(B55) Im Kanton Zürich ist für die privatärztliche Tätigkeit ein Pool-Modell geplant. Die neue Regelung soll die Solidarität unter den Spitalärztinnen und -ärzten stärken. Neu sollen im Kanton Zürich die Honorare nicht mehr auf eigene Rechnung des betreffenden Arztes, sondern auf Rechnung des Krankenhauses generiert werden. Die Ausschüttungen aus dem Pool bestehen einerseits aus Erfolgsbeteiligungen (Boni), welche an diejenigen Personen gehen sollen, welche wesentlich zu Äufnung des Honorarpools beigetragen haben. Andererseits sollen nach oben begrenzte Funktionszulagen aufgrund definierter Verteilkriterien aus dem Pool ausgerichtet werden. Die Verteilkriterien entsprechen grösstenteils den in der Empfehlung 3.2 für die Grundbesoldung aufgeführten Elementen. Dieser Weg wurde zum einen aus sachlichen, zum anderen aber auch aus sozialversicherungsrechtlichen Gründen gewählt, da Boni grundsätzlich vom Arbeitgeber nicht bei der beruflichen Vorsorge versichert werden müssen. Es wird ausserdem davon ausgegangen, dass Arzthonorare inskünftig auch steuerrechtlich nicht mehr als selbständiges, sondern als unselbständiges Erwerbseinkommen behandelt werden. Die neue Regelung wird für öffentliche sowie für die beiden zu verselbständigenden Krankenhäuser, nämlich das Universitätsspital Zürich und das Kantonsspital Winterthur gelten. Staatsbeitragsberechtigte Spitäler können die Regelung übernehmen, müssen es aber nicht tun.

(B56) Im Kanton Bern hat das Verwaltungsgericht im März 2002 entschieden, dass kein Anspruch der Ärzteschaft auf Beschränkung der Honorar-Abgabe auf eine maximal kostendeckende Höhe bestehe. Die Chefärzte der kantonalen psychiatrischen Kliniken hatten sich gegen den Abzug von 40% von ihren Honoraren aus privatärztlicher Tätigkeit gewehrt. Das Spitalgesetz BE von 1997 legt aber eine Pauschalabgabe zwischen 20 und 50% fest. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführenden sei die Festsetzung des Grossen Rates auf 40% zulässig, auch wenn die dem Spital verursachten Kosten deutlich tiefer als 40% liegen sollten.

(B57) Der Kanton Aargau hat die Verhandlungen über Spitalarzt-Abgeltungen hinsichtlich der Einführung des TARMED an die Spitäler delegiert. Er nimmt nur noch Einfluss auf einige Rahmenbedingungen.

(B58) Der Kanton Thurgau sieht sich im Rahmen der Spital Thurgau AG nicht mehr als Spitalbetreiber und verzichtet daher auf eine direkte Einflussnahme bei der Ausgestaltung der Spitalarzt-Abgeltungen.

(B59) In anderen Kantonen, wie z.B. St. Gallen oder Luzern, formieren sich Arbeitsgruppen, um eine Neuregelung der Spitalarzt-Abgeltungen in die Wege zu leiten. Es erscheint zentral, diese Überlegungen mit der betroffenen Ärzteschaft gemeinsam anzustellen. Aus Sicht der Erfa-Gruppe wäre es ausserdem durchaus wünschenswert, eine gewisse schweizweite Vereinheitlichung herbeizuführen.

C EMPFEHLUNGEN FÜR EINE ZUKÜNFTIGE NEUREGELUNG

C.1 Grundsätze

Die Arbeitsgruppe hat folgende Grundsätze festgehalten:

- a) Das gespaltene Rechtsverhältnis in Bezug auf die allgemeine spitalärztliche und die privatärztliche Tätigkeit ist überholt. Mit Ausnahme der Belegärztinnen und Belegärzte* sollen alle in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte im Anstellungsverhältnis beschäftigt werden.
- b) Die zukünftige Abgeltung der Spitalärztinnen und Spitalärzte soll leistungs- und ergebnisorientiert sein.
- c) Die Erfüllung von Führungsaufgaben der Spitalärztinnen und Spitalärzte soll gebührend abgegolten werden.
- d) Die Tarife und die Finanzierung sollen transparenter und sachgerechter gestaltet werden.
- e) Die Anreize für unwirtschaftliche und unzweckmässige Eingriffe und Massnahmen sollen entfallen.

* Eine Belegärztin bzw. ein Belegarzt ist eine Arztperson, die Patientinnen und Patienten aus ihrer Privatpraxis in einem Spital behandelt, mit dem sie einen Vertrag abgeschlossen hat.

C.2 Empfehlungen²

Empfehlung 1

Jede Spitalärztin und jeder Spitalarzt, unter Einschluss der Chefärztinnen und Chefärzte, wird für seine **gesamte Tätigkeit** im Rahmen des Spitals **nur im Anstellungsverhältnis** beschäftigt (einheitliches Rechtsverhältnis). Honorargläubiger für die ärztlichen Leistungen ist somit in jedem Fall das Spital und nicht etwa die behandelnde Arztperson.

Hinweise zu Empfehlung 1

Hinweis 1: Die obige Regel gilt auch für alle im Spital durchgeführten Sprechstunden.³

Hinweis 2: Belegärztinnen und Belegärzte sind in der Regel im Auftragsverhältnis tätig. Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass diese dem Spital für die Benützung der Infrastruktur den betreffenden Aufwand voll abgelten. Im Übrigen ist die Abgeltung der Belegärztinnen und Belegärzte nicht Gegenstand der vorliegenden Empfehlungen. Die Arbeitsgruppe hält indessen dafür, dass das Berufseinkommen von Belegärztinnen und Belegärzten nicht höher ausfallen sollte als dasjenige angestellter Ärztinnen und Ärzte mit vergleichbaren Aufgaben.

² Im Unterschied zu den Empfehlungen der Arbeitsgruppe "Spitalarzt-Abgeltungen" wird im Papier von PriceWaterhouseCoopers (Abgeltung der Tätigkeit von Kaderärztinnen und Kaderärzten an Chefarztspitälern, 24.10.2000) vorgeschlagen, nur ca. 12% des Maximaleinkommens als leistungs- und ergebnisbezogene Zuschläge auszugestalten (35 von 270 Punkten), sowie eine weitere Komponente für die Behandlung von zusatzversicherten, hospitalisierten und ambulanten Patientinnen und Patienten einzubeziehen (100 von 270 Punkten). Interne Tarifreglemente sollen unabhängig von allfälligen Änderungen in der Tarifgestaltung zwischen Versicherern und Spitälern, bspw. durch die Einführung von TARMED oder die Teilrevision des KVG, die Abgeltung von Spitalärztinnen und Spitalärzten regeln.

³ Für diese Regelung sprechen drei Bundesgerichtsentscheide (BGE 122 V 281 [LU 17.9.1996], BGE 124 V 97 [GE 10.2.1998] sowie ein unveröffentlichter Bundesgerichtsentscheid aus dem Kanton Genf vom 11.8.1998, Die Praxis 88-3), welche besagen, dass die stationäre und ambulante privatärztliche Tätigkeit von Chefärzten, Co-Chefärzten und Leitenden Ärzten als Teil des öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses gilt, wenn gewisse wirtschaftliche Umstände, wie z.B. betriebswirtschaftliche und arbeitsorganisatorische Abhängigkeit, gegeben sind. Honorareinnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit gelten demnach als Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit und sind AHV-pflichtig.

Empfehlung 2

Die Abteilungen des leitenden ärztlichen Spitalpersonals setzen sich aus folgenden Teilen zusammen:

- (A) **Grundbesoldung** (nach Empfehlung 3);
- (B) **Leistungs- und ergebnisbezogene Zuschläge** (nach Empfehlung 4).

Empfehlung 3

- (3.1) Die **Grundbesoldung** (A) richtet sich nach der für die jeweilige Trägerschaft des Spitals massgebenden Besoldungsordnung.
- (3.2) Für die **Bemessung der Grundbesoldung** werden insbesondere folgende **Elemente** berücksichtigt:
 - (A.1) **Ärztliche Tätigkeiten, Anforderungen und Qualifikationen;**
 - (A.2) **Führungsaufgaben;**
 - (A.3) **Lehre, Forschung;**
 - (A.4) **Weiter- und Fortbildung;**
 - (A.5) **Besondere Aufgaben und Beanspruchungen.**

Hinweise zu Empfehlung 3.2

ad A.1: Ärztliche Tätigkeiten, Anforderungen und Qualifikationen

- Beanspruchung im medizinischen Bereich;
- Weiterbildung;
- Fortbildung;
- besondere Fachkenntnisse;
- spezifische Erfahrung.

ad A.2: Führungsaufgaben

- Definition der Zielsetzungen und Sicherstellung der Leistungsangebote;
- Gewährleistung eines optimalen Ablaufs in medizinischen, organisatorischen und wirtschaftlichen Belangen;
- Sicherstellung des Informationsflusses;
- Überwachung der Einhaltung von Qualitätsvorgaben;
- Mitwirkung bei Budgetierung sowie Budget- und Kostenkontrolle;
- Personalmanagement: Rekrutierung, Führung, Beurteilung, Förderung;
- Personalmanagement: Einsatzplanung und -kontrolle, Stellenbewirtschaftung;
- Sicherstellung der Zusammenarbeit mit Pflegedienst, Verwaltung und weiteren Diensten;
- Weitere Managementaufgaben.

ad A.3: Lehre, Forschung (inklusive Planung, Koordination und Evaluation)

- Definition der Zielsetzungen und Sicherstellung von Lehre und Forschung;
- Unterrichtung von Studierenden der Medizin;
- Unterrichtung anderer Berufspersonen;
- Forschungstätigkeiten.

ad A.4: Weiter- und Fortbildung (inklusive Planung, Koordination und Evaluation)

- Definition der Zielsetzungen und Sicherstellung der Weiter- und Fortbildung;
- Unterrichtung und Fortbildung des unterstellten ärztlichen Personals;
- Weiterbildung von Arztpersonen zu Fachärztinnen und Fachärzten;
- Fortbildung von Fachärztinnen und Fachärzten.

ad A.5: Besondere Aufgaben und Beanspruchungen

- Tatsächliche zeitliche Beanspruchung, unter Berücksichtigung von Pikettdiensten;
- z.B. in folgenden Bereichen:

- Evaluation (Wirkungsbeurteilung),
- Evidence Based Medicine (erkenntnisgestützte oder evidenzgestützte Medizin: medizinische Versorgungsleistung oder Massnahme unter Anwendung der besten verfügbaren wissenschaftlich nachgewiesenen Erkenntnisse),
- Technology Assessment (Technologie-Bewertung: systematische Bewertung der Akzeptanz, des Wirksamkeitsgrades, der Wirtschaftlichkeit, der Sicherheit, der Validität und der Kosten von Verfahren),
- Qualitäts-Management,
- Curriculum-Entwicklung.

Empfehlung 4

- (4.1) Der Kanton beziehungsweise die Trägerschaft des Spitals legt das **Minimum und das Maximum** der je Ärztin oder Arzt erreichbaren **Zuschläge** (B) fest. Das Maximum ist so festzulegen, dass diese Zuschläge nicht höher ausfallen als die Grundbesoldung, so dass die erreichbare Gesamtbesoldung höchstens der doppelten Grundbesoldung entspricht.

Hinweise zu Empfehlung 4.1

Hinweis 1: Es wird davon ausgegangen, dass in Einzelfällen von dieser Regelung abgewichen werden kann, wenn dies zur Erhaltung und Gewinnung besonders qualifizierter Fachkräfte (vor allem in Universitäts Spitälern) unabdingbar ist.

*Hinweis 2: Denkbar ist, dass zusätzlich die pro Jahr erzielbare Zuschlagssumme oder Abgeltungssumme für eine **Gruppe** von Spitalärztinnen oder Spitalärzten ebenfalls nach oben begrenzt wird (zum Beispiel Maximalbetrag pro Spital oder Spitalgruppe, allenfalls als Quote des prospektiven Spitalbudgets definiert). Falls bei der Bemessung der Zuschläge die Ergebnisse des laufenden Jahres Berücksichtigung finden, ist besonders darauf zu achten, dass zumindest ein Teil dieser Zuschläge erst gegen Ende des Jahres zur Auszahlung an die einzelnen Arztpersonen gelangen kann.*

- (4.2) Für die Bemessung der **leistungs- und ergebnisbezogenen Zuschläge** für einzelne ärztliche Personen oder ärztliche Teams kommen folgende **Elemente** in Betracht:
- (B.1) **Einhaltung diagnosebezogener und fachspezifischer Qualitätsstandards;**
 - (B.2) **Einhaltung allgemeiner Qualitätsstandards;**
 - (B.3) **Wirtschaftlichkeits-Indikatoren;**
 - (B.4) **Weitere arbeitsplatzbezogene Leistungs- und Ergebnis-Indikatoren;**
 - (B.5) **Engagement in besonderen Programmen und Projekten.**
- (4.3) Die **Gewichtung** der leistungs- und ergebnisbezogenen Parameter wird jährlich neu bestimmt.

Hinweise zu Empfehlung 4.2

ad B1: z.B. für Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe; Dokumentation von Operationen, Diabetesbetreuung; Schmerzbekämpfung.

ad B2: z.B. Spitalhygiene (Infektionsrate), Rehospitalisationsrate, Reoperationsrate, Mortalitätsrate, Angemessenheit von Spitalaufenthalten, Führung der Krankengeschichten, Kommunikation im Spital.

ad B3: z.B. mit Bezug auf Verbrauch von Material, Medikamenten, Blut und Energie, auf Personalbeanspruchung, Beanspruchung der materiellen Infrastruktur, Aufenthaltsdauer, Kosten pro Fall, Patientenmix.

ad B4: z.B. Patientenurteile.

D HINWEISE ZU DEN FINANZIELLEN AUSWIRKUNGEN

(D1) Es wird aus den nachfolgend genannten Gründen darauf verzichtet, die finanziellen Auswirkungen der Verwirklichung der vorliegenden Empfehlungen ausführlich zu analysieren:

- (a) Die Datenlage ist zum jetzigen Zeitpunkt auf schweizerischer Ebene prekär, so dass einigermaßen verlässliche Schätzungen mit einem vernünftigen Aufwand von vornherein ausgeschlossen erscheinen.
- (b) Die Unterschiede in den Rahmenbedingungen von einem Kanton zum anderen (Anteil der Zusatzversicherten, Anteil der Behandelten aus anderen Kantonen, aktuelle Finanzierungs- und Tarifierungsgrundsätze, bilaterale und multilaterale Vereinbarungen) sind viel zu gross, als dass Aussagen gemacht werden könnten, die für eine Mehrzahl von Kantonen zutreffend wären.
- (c) Prognosen über die Entwicklung des Anteils der Versicherten mit Spital-Zusatzversicherung scheinen zum jetzigen Zeitpunkt ganz besonders schwierig und unsicher.
- (d) Die Entwicklungen zahlreicher Elemente der Anstellungsbedingungen der Spitalärztinnen und Spitalärzte (Abgeltungs- beziehungsweise Besoldungsniveau, Arbeitszeit, Ferien, Pensionskasse, Kündigungsfristen usw.) müssten in die Beurteilung einbezogen werden. Diese scheinen indessen kaum geeignet, auf schweizerischer Ebene harmonisiert zu werden.

(D2) Nach Ansicht der Arbeitsgruppe sollten die zu erwartenden Auswirkungen, unter Berücksichtigung der je gegebenen Verhältnisse und politischen Optionen, auf kantonaler und spitalinterner Ebene analysiert werden.

E EXKURS: GLOBALBUDGET FÜR DIE ABGELTUNG DER SPITALÄRZTESCHAFT

(E1) Die Arbeitsgruppe "Spitalarzt-Abgeltungen" von 1997/98 hatte in Erfüllung eines Zusatzauftrages des Vorstandes zu prüfen, ob ein Globalbudget für die Abgeltung der Spitalärzteschaft ein Modell darstellt, welches im Hinblick auf die Kostendämpfung und die Lösung von Finanzierungsproblemen allenfalls weiterempfohlen werden könnte, sei es im Sinne einer Alternativlösung, sei es im Sinne einer Ergänzung zu den übrigen Empfehlungen.

(E2) Geprüft wurde diese Frage an Hand des Beispiels der für die Walliser Spitäler geltenden Regelung. In den Walliser Akutspitälern wird ein besonderes Globalbudget für die Abgeltung aller Spitalärztinnen und Spitalärzte zur Anwendung gebracht, das eine maximale Quote (gegenwärtig 15%) des Budgetrahmens dieser Spitäler ausmacht. Davon betroffen ist die Abgeltung der stationären, teilstationären und ambulanten Spitalbehandlungen aller Patientinnen und Patienten, also auch jener der privaten Abteilung, jedoch unter Ausschluss privater Sprechstunden in privaten Praxen innerhalb oder ausserhalb des Spitals. Die jährliche Abgeltung für die Spitaltätigkeit ist zudem je Arztperson nach oben begrenzt (zur Zeit 300'000 CHF). (Falls die Globalbudget- oder Abgeltungsgrenzen überschritten werden, ist es Sache der Trägergemeinden, die Überschreitungen zu decken.)

(E3) Positiv gewertet werden folgende Aspekte:

- *Die Anwendung des Globalbudgets wirkt kostendämpfend;*
- *Die Einkommenslimite für die Ärzteschaft lässt eine ausgeglichene Verteilung des Budgets zugunsten des übrigen Spitalpersonals erwarten;*
- *Die Anreize für überflüssige ärztliche Eingriffe werden weitgehend beseitigt.*

(E4) Auf der anderen Seite werden gegenüber diesem Modell auch Bedenken angemeldet:

- *Die nicht in die Begrenzungsregelung einbezogene Tätigkeit in der Privatpraxis bietet allenfalls fragwürdige Ausweichmöglichkeiten; diese könnten allerdings durch geeignete Änderungen der Anstellungsbedingungen verringert oder beseitigt werden;*

- *Umstritten bleibt, inwieweit das Modell bei einem wesentlich höheren Anteil an Privatbehandlungen als jenen im Wallis (der Privatanteil liegt dort unter 8%) und bei einem grösseren Leistungsspektrum überhaupt realisierbar wäre;*
- *Es besteht die Möglichkeit einer Lastenverschiebung auf die Gemeinden;*
- *Es stellt sich die Frage, ob es opportun sei, allenfalls eine Beschränkung des Leistungsangebots auf kantonaler Ebene in Kauf zu nehmen;*
- *Bei der Rekrutierung qualifizierter Ärztinnen und Ärzte werden Schwierigkeiten befürchtet;*
- *Motivationsprobleme der Ärzteschaft auf Grund des Fehlens von Anreizen können nicht ausgeschlossen werden.*

(E5) Die Einführung eines Globalbudgets im Sinne des Modells des Kantons Wallis bedingt, dass ein einheitliches Rechtsverhältnis in Bezug auf die allgemeine spitalärztliche und die privatärztliche Tätigkeit gilt. Bei einem gespaltenen Rechtsverhältnis bestehen Bedenken.



Anhang 1

Mitglieder der Erfa-Gruppe "TARMED und Spitalarztabteilungen"

Walter Bachmann	(Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern, Vorsitz)
Dr. Rolf Frick	(Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern)
Andreas Friedli	(Gesundheitsdepartement St. Gallen)
Michael Jordi	(Zentralsekretariat)
Franz Müller	(Gesundheitsamt Solothurn)
Erhard Trommsdorff	(Gesundheitsdepartement Aargau) bis 30.11.2001
Andrea Nagel-Drdla	(Zentralsekretariat, Sekretariat)

Anhang 2

Spitalarztabgeltungen

Auswirkungen der Einführung von TARMED

	Grundversicherung		Zusatzversicherung	
	ambulant und teilstationär	stationär	ambulant (Privatsprechstunde)	stationär
Innenverhältnis ¹	Keine Änderung durch TARMED (durch Grundgehalt abgegolten)	Keine Änderung durch TARMED (durch Grundgehalt abgegolten)	Welcher Anteil der AL honoraraktiv ist, muss ausgehandelt werden. Gemäss der vorliegenden Empfehlungen könnte auch die Privatsprechstunde unter den Anstellungsvertrag fallen, da das gespaltene Rechtsverhältnis nicht mehr zeitgemäss sei (Ausnahme: Belegärzte).	Vorschlag der vorliegenden Empfehlungen: a) Grundbesoldung b) Leistungs- und ergebnisbezogene Zuschläge
Aussenverhältnis ²	Hinweis: Die Rechnungsstellung der TARMED-Leistungen (AL und TL ³) erfolgt während der Kostenneutralitätsphase wie bisher. Belegärzte rechnen mit zwei verschiedenen TPW ab, je nachdem, ob sie die Leistung in ihrer Privatpraxis oder im Spital erbringen.	Keine Änderung durch TARMED	Hinweis: Die Rechnungsstellung der TARMED-Leistungen erfolgt während der Kostenneutralitätsphase wie bisher. <i>Offen ist, ob ein Zuschlag für bspw. erhöhte Dignität möglich ist.</i>	SLK wird durch TARMED abgelöst. <i>Offen ist, welche Änderungen sich dadurch ergeben.</i>

Ob TARMED im Zusatzversicherungsbereich in irgendeiner Form überhaupt zur Anwendung gelangen wird, ist offen, aber wahrscheinlich.

¹ D.h. das vertragliche Verhältnis zwischen Spital und Arztpersonen.

² D.h. das tarifarische Verhältnis zwischen Spital und Versicherer.

³ AL: ärztliche Leistungskomponente, TL: technische Leistungskomponente.

**Auswirkungen des revidierten Krankenversicherungsgesetzes
in der Fassung des Ständerats vom 29.11.2001**

	Grundversicherung		Zusatzversicherung
	ambulant	stationär	ambulant (Privatsprechstunde)
Innenverhältnis	Keine Änderung durch das revidierte KVG. Der Begriff teilstationär wird gestrichen.	Keine Änderung durch das revidierte KVG.	Keine Änderung durch das revidierte KVG. Gemäss den vorliegenden Empfehlungen könnte auch die Privatsprechstunde unter den Anstellungsvertrag fallen, da das gespaltene Rechtsverhältnis nicht mehr zeitgemäss sei (Ausnahme: Belegärzte).
Aussenverhältnis	Keine Änderung durch das revidierte KVG.	Der Kostenteiler Kantone/Krankenversicherer wird auf 50/50% fixiert (dual-fixer Kostenteiler). Die Krankenversicherer übernehmen neu auch 50% der Investitionen. Die universitäre Lehre und Forschung wird weiterhin vom Spitalträger übernommen. Zusatzleistungen, bspw. Doppel-/Einzelzimmer oder freie Arztwahl, werden durch die Zusatzversicherungen übernommen. Die Ausgestaltung der Leistungen wie der Abgeltungen ist noch weitgehend offen.	Keine Änderung durch das revidierte KVG.