



Revision des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG) **Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens**

A. Ausgangslage

Mit RRB Nr. 234/2019 vom 13. März 2019 hat der Regierungsrat die Gesundheitsdirektion ermächtigt, zum Entwurf für eine Änderung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes vom 2. Mai 2011 (SPFG; LS 813.20) ein Vernehmlassungs- und Mitberichtsverfahren durchzuführen.

Die Gesundheitsdirektion eröffnete die Vernehmlassung zum Entwurf für eine Änderung des SPFG am 25. März 2019 und setzte eine Frist zur Stellungnahme bis zum 26. Juni 2019.

Zur Stellungnahme eingeladen wurden auf Gemeindeebene der Verband der Gemeindepräsidenten des Kantons Zürich, die Städte Winterthur und Zürich sowie der Verein Zürcher Gemeindeschreiber und Verwaltungsfachleute, auf Kantonsebene die Finanzkontrolle, der Datenschutzbeauftragte und die Universität Zürich sowie ausserkantonale Kantone der Gesundheitsdirektorenkonferenz-Ost, die Kantone der Zentralschweizer Gesundheits- und Sozialdirektorenkonferenz, der Kanton Aargau sowie das Zentralsekretariat der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Eingeladen wurden weiter die politischen Parteien des Kantons Zürich sowie zahlreiche Verbände und Interessenvertretungen. Die Direktionen des Regierungsrats und die Staatskanzlei wurden zum Mitbericht eingeladen. Die Vernehmlassungseinladung ging zudem zur Kenntnisnahme an sämtliche Einrichtungen der Zürcher Spitallisten Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation, an die Zürcher Nichtlistenspitäler und an die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit sowie die Aufsichtskommission Bildung und Gesundheit.

B. Vernehmlassungsteilnehmende

Insgesamt gingen 94 Vernehmlassungen zum Vorentwurf ein, davon 5 Verzichte. Von den restlichen 89 Vernehmlassungsteilnehmenden äusserten sich 65 grundsätzlich negativ und 8 grundsätzlich positiv zur Vorlage. Insgesamt 68 Stellungnahmen enthalten konkrete Änderungs- und/oder Ergänzungsvorschläge.

Die eingegangenen Stellungnahmen verteilen sich wie folgt:

- Gemeinden, Städte und Verbände auf kommunaler Ebene: 8
- Kantonsebene
 - o Datenschutzbeauftragter, Finanzkontrolle
 - o andere Kantone: 7
- politische Parteien: 8
- Leistungserbringer:
 - o Listenspitäler: 24
 - o Nichtlistenspitäler: 4
 - o ambulante Leistungserbringer und Privatpersonen (Ärzte): 9
 - o Verbände und Organisationen: 9
- Versicherer: 6
- Berufsverbände: 11



- andere Verbände und Organisationen: 6

Eine Liste der Vernehmlassungsteilnehmenden findet sich im Anhang.

C. Gegenstand der Vernehmlassung

Das geltende SPFG hat sich bei der Spitalplanung und -finanzierung im Kanton Zürich grundsätzlich bewährt. Gewisse Fragestellungen aus der Praxis lassen sich auf Grundlage des geltenden Rechts jedoch nicht oder nicht zufriedenstellend beantworten. Ziel der neuen Regelungen gemäss Vernehmlassungsvorlage ist, die Zürcher Spitalversorgung bei hoher Qualität zu möglichst günstigen Kosten weiterhin zu gewährleisten und zu optimieren. Vorgeschlagen werden in der Vorlage unter anderem die Möglichkeit von Mengenvorgaben durch den Kanton und die Aufnahme zusätzlicher qualitativer und kostenwirksamer Anforderungen an die Leistungserbringer sowie zusätzlicher Auswahlkriterien für die Vergabe von Spitalistenplätzen ins Gesetz. Die Vernehmlassungsvorlage sieht zudem einige formelle und technische Anpassungen wie klarere Formulierungen, die Aufhebung hinfälliger Bestimmungen und die Bereinigung teilweise überholter Bestimmungen vor.

D. Allgemeine Bemerkungen zur Vernehmlassungsvorlage

Eine Minderheit der Vernehmlassungsteilnehmenden begrüsst die Stossrichtung der geplanten SPFG-Revision, soweit qualitätsfördernde und die Mengenausweitung dämpfende Massnahmen betroffen sind. Die Schaffung von Überkapazitäten solle unattraktiv sein (13)¹. Auch aus Patientensicht werden die vorgesehenen Änderungen, insbesondere die neu geplanten Mengenvorgaben gemäss § 7a sowie die ausgebauten Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss § 5 und die ergänzten Auswahlkriterien für die Erteilung der Leistungsaufträge gemäss § 6 begrüsst (1)².

Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden lehnt den Revisionsentwurf in der vorliegenden Form ab. Es wird geltend gemacht, der Entwurf sei unausgereift, nicht zielführend, in zahlreichen Bestimmungen bundesrechtswidrig (Abweichung zu KVG und KVV) und komme zudem zur Unzeit (unklare Rechtssituation bei Festsetzung neuer Spitalliste) (49)³. Einige Vernehmlassungsteilnehmende fordern, es sei ersatzlos auf die Revision zu verzichten (14)⁴. Sowohl aus nationaler als auch aus kantonaler Optik bestehe kein Handlungsbedarf für eine Teilrevision des SPFG. Solle das Gesetz dennoch überarbeitet werden, dann solle dies erst nach Abschluss des Verfahrens für die Erstellung der kommenden Spitallisten erfolgen, um unnötige Rechtsunsicherheit zu verhindern (7)⁵.

¹ Sant, VPV, ZHK, ZH, Ne, VZGV, Wi, AG, Grü, SP, AL, GLP. Abkürzungsliste am Ende des Dokuments.

² SPO.

³ VZK, PKS, H+, GBZ, VPV, OPK, curaf, AGZ, VSAO, ZGO, CA-ZH, SVV; VAM, sani, BAMänn, AbG, IHK, Hel, HMN, SWI, VZI, ZH, Ne, VZGV, GR, Hi, Schu, Li, Us, Dia, Bal, EVP, FDP, SVP, Ki, PUK, ReC, KLV, PHo, PLi, PBe, KIP, Fu, Hol, Nie, Str, Tri, Zie, Zwe.

⁴ ZUP, PKS, OPK, VAM, ZHK, AbG, Hi, Ki, CLi, Schlö, KIP; CGr, Fu, Zie.

⁵ H+, CA-ZH, ZHK, ZH, Li, FDP, ReC.



In den Stellungnahmen wird bemängelt, dass viele Bestimmungen des Vorentwurfs der Förderung des Wettbewerbs gemäss § 1 Satz 2 SPFG entgegenstünden (15)⁶. Durch zahlreiche neue Auflagen werde den Listenspitälern die unternehmerische Freiheit genommen; die Einflussnahme durch den Staat werde stark ausgeweitet. Damit verfehle der Gesetzesentwurf das Ziel, die Mehrfachrolle des Kantons (Vergabe von Leistungsaufträgen, Finanzierung und Betrieb von Spitälern) zu entflechten (5)⁷.

Wiederholt wird kritisiert, dass der Entwurf einige ungenaue Begriffe enthalte, die teilweise einen erheblichen Interpretationsspielraum zuließen und so zu Rechtsunsicherheit führen könnten (10)⁸.

Befürchtet wird zudem von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden, insbesondere Verbänden und Spitälern, dass eine Gesetzesrevision im Sinne der Vernehmlassungsvorlage die Versorgungsqualität gefährden könnte und innovative Ansätze unterbunden würden. Die Zürcher Spitäler würden gegenüber ihren ausserkantonalen Konkurrenten benachteiligt. Weiter entziehe der Gesetzesentwurf den Spitälern die Planungssicherheit, so beispielsweise mit der jederzeitigen Kündbarkeit von Leistungsaufträgen. Die vorgesehenen Vorschriften zu Mengenvorgaben führten zudem zu einer Zweiklassenmedizin und beeinträchtigten die Spitalwahlfreiheit (14)⁹.

Die Vernehmlassungsteilnehmenden halten weiter fest, dass kantonale Vorlagen nicht dazu dienen dürften, gewisse Spitäler, z.B. Privatkliniken, generell auszugrenzen und private Initiativen zu unterbinden. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf unterlaufe der Kanton die Errungenschaft der Spitalfinanzierung 2012, indem er die damals geschaffenen, gleich langen Spiesse zwischen öffentlichen und privaten Spitälern untergrabe (15)¹⁰.

Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmende, insbesondere Verbände und Leistungserbringer, weisen darauf hin, dass die ambulante Planung durch die Kantone gegenwärtig bundesrechtlich nicht vorgesehen sei; die diesbezüglichen Bestimmungen gemäss Vernehmlassungsvorlage würden Bundesrecht widersprechen und den Bestrebungen des Bundes, stationäre und ambulante Leistungen einheitlich zu finanzieren, vorgehen. Wolle der Kanton den ambulanten Bereich steuern, müsse er sich auch entsprechend finanziell beteiligen. Zudem sei das gesamte ambulante Angebot (Spitalambulatorien und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) zu berücksichtigen. Die Ungleichbehandlung von ambulanten Leistungen von Spitälern und Kliniken einerseits und von Arztpraxen andererseits verstosse gegen das Verfassungsrecht und das Wettbewerbsrecht. Gewisse Vernehmlassungsteilnehmende wie z.B. zwei politische Parteien begrüessen eine Planung des ambulanten Bereichs durch den Kanton, da immer mehr Leistungen ambulant erbracht würden und dadurch Überkapazitäten und vermehrte Kosten entstehen könnten.

⁶ curaf, ZGO, SVV, sani, BA-Männ, AbG, Hel, SWI, VZI, GR, Hi, Bal, ReC, KIP, GBZ.

⁷ ZHK, IHK, PHo, PLi, PBe.

⁸ VZK, PKS, VPV, AGZ, VSAO, ZH, Li, EVP, Zwe.

⁹ VZK, SwiR, GBZ, ZGO, BA-Männ, VZI, Hi, Schu, Li, PUK, KIP, Fu, Hol, Nie.

¹⁰ sant, PKS, ZUP, OPK, curaf, VAM, ZHK, sani, AbG, IHK, Hel, SWI, PLi, PBe; Zwe.



Generell wird von Leistungserbringern und Verbänden befürchtet, mit der Umsetzung der Vernehmlassungsvorlage könnte das Belegarztsystem im Kanton Zürich abgeschafft werden.

E. Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen des Vernehmlassungsentwurfs

I. Begriffe (§ 2)

Gegen die neue Definition des Spitalbegriffs wird vorgebracht, ein von Art. 39 KVG abweichender Spitalbegriff schaffe Rechtsunsicherheit (12)¹¹. Die neue Legaldefinition sei nicht präzise (3)¹². Sie sei näher an das Begriffsverständnis gemäss den Empfehlungen der GDK zu führen (1)¹³. Das Begriffselement der *ambulant* medizinischen Versorgung sei zu streichen, weil dem Bereich der ambulanten Leistungen der Spitäler nicht noch mehr Gewicht zugemessen werden solle und die Kantone für die ambulante Planung nicht zuständig seien (20)¹⁴. Einige Vernehmlassungsteilnehmenden halten das Definitionselement des Spitals als «organisatorische und funktionale Einheit von Personal und Infrastruktur» für sinnvoll (2)¹⁵, andere für überflüssig (2)¹⁶. Zu Teil wird befürchtet, dass mit diesem Element das Belegarztsystem abgeschafft werde (4)¹⁷. Eine Stellungnahme regt an, auf die Differenzierung Akutversorgung *oder* rehabilitative Versorgung zu verzichten, weil in Akutspitälern zunehmen auch chronisch Kranke und in Reha-Kliniken auch Früh-Reha-Patienten mit Akutbedarf behandelt würden. Auch die Unterscheidung Untersuchung, Behandlung und Pflege sei fallen zu lassen und durch «ärztliche, pflegerische und therapeutische Massnahmen» (oder durch «medizinische Massnahmen») zu ersetzen, weil auch in Pflege und Therapie zwischen Untersuchung und Behandlung unterschieden werde (1)¹⁸. Zum Teil wird angeregt, auch die Begriffe des universitären Spitals, des Geburtshauses und des (Spital-)Standorts zu definieren (1)¹⁹.

II. Grundsätze (§ 3)

Wenige Vernehmlassungsteilnehmende begrüssen die Anpassung des Wortlauts von Abs. 1 (3)²⁰, andere lehnen sie ab (8)²¹. Zur Passage «Spitalversorgung *nach KVG*» wird be-

¹¹ PKS, ZUP, OPK, ZGO, Hi, Ki, CLi, Schlö, PLi, PBe, KIP, CGr.

¹² VZK, PUK, KLV.

¹³ AG.

¹⁴ GBZ, AGZ, ZGO, BA-Männ, IHK, Fu, Hol, Nie, Zie, GBZ, AGZ, ZGO, BA-Männ, IHK, Fu, Hol, Nie, Zie, VAM, Schu.

¹⁵ SVP, SP.

¹⁶ ZHK, IHK.

¹⁷ AGZ, ZGO, Hol, Nie.

¹⁸ ReC; z.T. auch Bal.

¹⁹ Bal, GebD, GebZ, ReC.

²⁰ sant, AL, CVP

²¹ GBZ, ZGO, BA-Männ, Fu, Hol, Nie, Zie, Schu.

merkt, es sei nicht sinnvoll, bei der Planung die über Zusatzversicherungen, die Unfallversicherung, die Invalidenversicherung und die Militärversicherung finanzieren Behandlungen nicht zu berücksichtigen. Spitäler müssten auch über Kapazitäten für *diese* Patientengruppen verfügen (6)²².

III. Stationäre KVG-Pflichtleistungen (§ 4)

Punktuell wird die kantonale Planung auch des ambulanten Bereichs begrüsst; eine gemeinsame Planung der stationären und ambulanten Leistungen sei zwingend, da sonst kostspielige Überkapazitäten drohten (3)²³. Die ambulante Planung sei gesetzlich näher zu regeln (1)²⁴.

Viele Vernehmlassungsteilnehmende lehnen die Änderung aber ab, weil die Kantone keine Planungskompetenz im ambulanten Bereich hätten und der Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen durch den Bund (EFAS) nicht vorgegriffen werden dürfe (21)²⁵. Zudem stimme die Bestimmung nicht mit der Marginalie überein, wo von «stationären Pflichtleistungen» die Rede sei (6)²⁶.

Ergänzend zur Vernehmlassungsvorlage regt eine Stellungnahme an, die Planungsziele von Abs. 3 hinsichtlich der Notfallversorgung in dem Sinn zu konkretisieren, dass die Notfallversorgung von ambulanten Leistungserbringer den Vorrang hätten und die Notfallversorgung mit andern Kantonen zu koordinieren sei (1)²⁷. Eine andere Stellungnahme regt an, die *kantonsübergreifende* Koordination der Planung der Erbringung von seltenen oder komplexen Leistungen bzw. von Leistungen, die im Zusammenhang mit einem universitären Lehr- und Forschungsauftrag stehen (1)²⁸.

IV. Anforderungen an die Leistungserbringer (§ 5)

1. Anforderungen gemäss Abs. 1

Verschiedene Verbände, Leistungserbringer und politische Parteien bringen allgemein vor, die neuen Anforderungen an Spitäler griffen in die Wirtschafts- und Unternehmensfreiheit der Spitäler ein. Innovationen, Kooperationen und Netzwerke würden verhindert. Die Änderungen seien unklar und zum Teil sachfremd. Sie richteten sich insbesondere gegen Privatspitäler.

Im Einzelnen: Eine uneingeschränkte Weisungsbefugnis der Spitalleitungsgremien (lit. d) wird z.T. begrüsst (3)²⁹. Sie führe dazu, dass die Verantwortung für die Erfüllung eines

²² VZK, EVP, PUK, VPV, VSAO, ReC.

²³ CVP, AL, sant.

²⁴ sant.

²⁵ PKS, ZUP, OPK, ZGO, VAM, ZHK, sani, Hi, Schu, EVP, Ki, CLi, Schlö, KIP, CGr, Hol, Nie, Zie, SVP, PLi, PBe.

²⁶ VZK, VPV, VSAO, PUK, ReC, USZ.

²⁷ sant.

²⁸ SP.

²⁹ SP, AL, FK.



Leistungsauftrags nicht auf Dritte übertragen werden könne. Auch Belegärztinnen und Belegärzte müssten die Weisungsbefugnis des Spitals akzeptieren. Die überwiegenden Mehrheit lehnt die Weisungsbefugnis als Anforderung an Leistungserbringer aber ab (39)³⁰. Sie greife in die unternehmerische Freiheit der Spitäler ein, verhindere Innovation, Kooperationen und Netzwerke und führe zu einer Abschaffung des Belegarztsystems. In Spitälern als Matrixorganisationen müsse Verantwortung an Fachspezialisten delegierbar sein.

Die neue Voraussetzung der Nachhaltigkeit der Leistungserbringung (lit. e) wird in 6 Stellungnahmen begrüsst. Bei Leistungen, die zum service public gehörten und staatlich subventioniert seien, solle kein Gewinn erzielt werden können. In 36 wird die Voraussetzung abgelehnt³¹. Der Begriff der Nachhaltigkeit der Leistungserbringung sei nicht hinreichend definiert, führe zu Rechtsunsicherheiten, bewirke einen Investitionsstopp, ermögliche dem Regierungsrat einschneidende betriebswirtschaftliche Vorgaben und sei bundesrechtswidrig.

Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmende verlangen, dass die Anforderung betreffend öffentliches Beschaffungswesen (lit. f) ersatzlos gestrichen werde (30)³². Das Beschaffungswesen sei übergeordnet geregelt und bedürfe keiner weiteren kantonalen Auflage. Zudem werde mit einer entsprechenden Vorgabe in die unternehmerische Freiheit eingegriffen. Vier Stellungnahmen unterstützen die Regelung³³.

Als weitere Anforderung wird eine Mindestquote an Grundversicherten (1)³⁴, ausserdem das Vorhandensein eines Spitalsozialdienstes (2)³⁵. Weiter seien von den Listenspitälern ein Gesamtarbeitsvertrag, genügend Personal und personalrechtliche Vorgaben zu fordern (2)³⁶.

2. Vorgabe einer Notfallstation und von Basisleistungen gemäss Abs. 2

Die Rückmeldungen zur vorgesehenen Verpflichtung der Listenspitäler der Akutsomatik, über eine Notfallstation zu verfügen und Basisleistungen in den Bereichen Chirurgie und Innere Medizin sowie weitere versorgungsnotwendige Leistungen anzubieten, waren in der Minderzahl zustimmend (6)³⁷, grösstenteils aber ablehnend (32)³⁸. So sei ein Notfallange-

³⁰ PKS Beil, OPK Beil, AGZ, ZGO, VAM, sani, Hi, PLi, PBe, Str, Tri, GBZ, ZUP, AGZ, ZHK, BA-Männ, IHK, Ki, KIP, Schu, CA-ZH, GebZO, GebD, HMN, Fu, Zie, Hol, Nie, VZK, AGZ, ReC, GLP, Bal, Wi, VPV, VSAO, EVP, AGZ, CV.

³¹ ZUP, Hi, Schu, Ki, CLi, Schlö, KIP, CGr, ZGO, sani, BA-Männ, Hol, Nie, Str, Tri, Zie, PKS Beil, SwiR, GBZ, OPK Beil, VAM, KLV, PLi, PBe, VZK, AGZ, HMN, PUK, ZHK, Fu, GPV, Me, ReC, IHK, GR, SwiR, USZ.

³² VZK, ZUP, ZGO, Hi, Bal, Ki, CLi, Schlö, CGr, PKS Beil, SwiR, OPK Beil, VAM, ZHK, IHK, KLV, PLi, PBe, KIP, Hol, Nie, Schu, KLV, GebZO, GebD, USZ, ReB, SVP, AGZ, KLV, ReC.

³³ FK, SP, VPOD, sant.

³⁴ Grü.

³⁵ Grü, SP.

³⁶ VPOD, SP.

³⁷ VPV, VSAO, EVP, SPO, ZHK, AL

³⁸ OPK, ZGO, SVV, Hi, Ki, CLi, Schlö, PLi, PBe, KIP, CGr, curaf, SVV, Hel, Bal, SVP, GBZ, ZGO, BA-Männ, Fu, Hol, Nie, GPV, Me, Bal, VZK, PKS, ZUP, sani, GLP, Wi, CVP

bot in jedem Spital weder qualitativ noch kostenmässig sinnvoll. Spezialkliniken mit elektivem Leistungsangebot erbrächten qualitativ hochstehende Leistungen und könnten solche Leistungen tendenziell wirtschaftlicher erbringen als grössere Spitäler, da sie über schlankere Personalstrukturen, effiziente Prozesse und zweckmässige Infrastruktur verfügten. Die Bestimmung verhindere zudem neue Kooperationen und Netzwerke und verteuere bestehende Angebote. Sie stehe auch im Widerspruch zu den geforderten Mindestfallzahlen und der damit einhergehenden Konzentration von Leistungen. Es sei zudem klarzustellen, dass mit «Akutspitälern» nur die somatischen, nicht aber die psychiatrischen Akutspitäler gemeint seien.

3. *Streichung des bisherigen Abs. 3*

Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende fordern, die Ausnahmeregelung gemäss bisherigem Abs. 3 beizubehalten (3)³⁹. Insbesondere könnten damit sozialmedizinisch notwendige Leistungsangebote (z.B. das Fachspital für Sozialmedizin und Abhängigkeitserkrankungen der Stiftung Sozialwerke Pfarrer Sieber oder gewisse Geburtshäuser) weiterhin berücksichtigt werden, auch wenn sie die Anforderungen gemäss § 5 Abs. 1 nicht gänzlich erfüllten.

V. **Auswahlkriterien (§ 6)**

1. *Standortbezogenheit (Abs. 1 Einleitungssatz)*

Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmende bringen vor, die Spitäler würden bei der Entwicklung von Kooperationen und Netzwerkstrategien eingeschränkt, wenn die Leistungsaufträge standortbezogen vergeben würden (28)⁴⁰. Es bestehe die Gefahr, dass Innovationen und kostendämpfende bzw. qualitätsfördernde Entwicklungen gehemmt würden und sich Spitäler nicht mehr spezialisieren könnten. Punktuell wird begrüsst, dass Leistungsaufträge standortbezogen vergeben werden. Dadurch werde insbesondere die regionale Versorgung sichergestellt und eine Konzentration von stationären Leistungserbringern in den gleichen Städten verhindert.

2. *Anbieten von spitalgebundenen, versorgungspolitisch sinnvollen ambulanten Pflichtleistungen (Abs. 1 lit. b)*

Fünf Vernehmlassungsteilnehmende unterstützen das neue vorgesehene Auswahlkriterium des Angebots von spitalgebundenen, versorgungspolitisch sinnvollen ambulanten Pflichtleistungen⁴¹. Sie zwingen Tages- und Nachtkliniken, durch Zusammenarbeit mit stationären Leistungserbringern Effizienzgewinne zu suchen und zu realisieren. Die grosse Mehrheit

³⁹ SVP, SP, VPOD.

⁴⁰ VZK, PKS, ZUP, OPK, VAM, ZHK, Hi, sant, EVP, Ki, CLi, Schlö, PLi, PBe, KIP, CGr, GBZ, ZGO, BA-Männ, Fu, ipw, PUK, ReC, Schu, TG, Wi, Hol, Nie

⁴¹ SP, CVP, Wi, SPO, sant.



lehnt das Kriterium aber ab (38)⁴². Es sei bundesrechtswidrig, denn das KVG sehe für die Planung keine ambulanten Pflichtleistungen vor. eine Quersubventionierung ambulanter Leistungen über einen Leistungsauftrag im stationären Bereich widerspreche den Tarifregeln des KVG. Soweit ambulante Tarife nicht kostendeckend seien, seien sie anzupassen oder die Leistungen müssten wirtschaftlicher erbracht werden. Die Formulierung der neuen Bestimmung sei zu unbestimmt und führe zu Rechtsunsicherheit. Das Problem, dass Tages- und Nachtkliniken in der Psychiatrie seit vielen Jahren nicht kostendeckend betrieben werden können, nicht gelöst, sondern es würden die Kliniken neu *verpflichtet*, nicht kostendeckende Leistungen zu erbringen.

3. *Entschädigungssysteme ohne Anreize für unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung (Abs. 1 lit. c)*

Neun Vernehmlassungsteilnehmende begrüssen das neue Auswahlkriterium, wonach das Entschädigungssystem des Spitals keine Anreize für unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung setzen soll⁴³. Entschädigungssysteme dürften keine Fehlanreize schaffen. Für die Ausrichtung von Löhnen solle es – insbesondere vor dem Hintergrund der stärkeren Betonung des ambulanten Bereichs – auch keine Rolle mehr spielen, ob Erträge (Margen) oder Verluste im stationären, ambulanten oder Dienstleistungsbereich anfallen. Mit der Umsetzung dieser Bestimmung könne das Zusatzhonorargesetz aufgehoben werden.

Ein Vernehmlassungsteilnehmer fordert zusätzlich eine Obergrenze der Ärztelöhne als zwingende Voraussetzung für alle Listenspitäler. Bruttolöhne bis zu 1.5 Mio. Franken könnten nicht hingenommen werden. Als Richtschnur könnten die Obergrenzen des Kantonsspitals St. Gallen oder des Universitätsspitals Lausanne genommen werden (Fr. 700'000 bzw. Fr. 550'000; Jahr 2018).

Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmende lehnen die Regelung ab (38)⁴⁴. Entschädigungssysteme seien Teil der Unternehmensführung und bedürften keiner Regulierung; die Ausgestaltung der Entschädigungssysteme sei Element der Wirtschaftsfreiheit und liege in der unternehmerischen Verantwortung der Leistungserbringer. Die Bestimmung verhindere faktisch das Belegarztsystem. Die Prüfung der WZW-Kriterien obliege zudem den Krankenversicherern; der Kanton müsse lediglich bei der Tarifgenehmigung die KVG-Konformität überprüfen. Die Planung habe nach WZW-Kriterien und damit nach dem Output des Spitals zu erfolgen. Entschädigungssysteme seien davon nicht erfasst.

⁴² VZK, PKS, GBZ, VPV, OPK, AGZ, VSAO, ZGO, BA-Männ, Hi, EVP, Hol, Nie, ZUP, OPK, ZGO, VAM, Hi, Ki, CLi, Schlö, CGr, Zie, PLi, PBe, KIP, Str, Tri, Schu, Hol, Nie, ZHK, SVP, ReC, PUK, curaf, Hel, ipw, Fu, Zie.

⁴³ FK, sant, USZ, SP, AL, CVP, AG, Wi, VPOD.

⁴⁴ ZUP, ZGO, VAM, Hi, Ki, CLi, Schlö, KIP, CGr, Hol, Nie, Zie, VZK, PKS, PKS Beil, OPK, AGZ, IHK, GBZ, AGZ, BA-Männ, Fu, Zie, ZHK, Me, Bal, Schu, SVP, sani, GR, KLV, SwiR, AGZ, ZGO, CA-ZH, ReC, HMN, PLi, PBe.



4. Angemessene Berücksichtigung akutspital- und wohnortsnaher Angebote in der rehabilitativen Versorgung (Abs. 2)

16 Vernehmlassungsteilnehmende, insbesondere Rehabilitationskliniken, Verbände und andere Kantone⁴⁵, sprechen sich gegen die Vorgabe aus, in der rehabilitativen Versorgung die räumliche und zeitliche Nähe zu den Akutspitalangeboten zu berücksichtigen. Sie bringen vor, spezifische kantonale Kriterien für die Rehabilitationsmedizin seien im KVG nicht vorgesehen. Die neue Bestimmung sei bundesrechtswidrig und diene einzig dazu, einen «Heimatschutzartikel» für Zürcher Rehabilitationskliniken zu schaffen. Mit der Bestimmung könnten potenziell wettbewerbsverzerrende Voraussetzungen zugunsten von Leistungserbringern im Kanton Zürich geschaffen werden. Eine Bevorteilung akutspital- und wohnortsnaher Angebote in der rehabilitativen Versorgung würde zudem die freie Spitalwahl und damit den Wettbewerb innerhalb des Kantons und über die Kantonsgrenzen hinaus einschränken. Die Qualität hänge nicht von der Nähe zum Akutspital ab, sondern vom Erreichen einer kritischen Grösse des Reha-Zentrums und von der optimalen Definition und Organisation der Schnittstelle. Weiter wird vorgebracht, in der Unfallrehabilitation sei die Nähe zum Arbeitsplatz wichtiger als die Nähe zum Wohnort.

In 7 Stellungnahmen wird die Vorgabe begrüsst⁴⁶. Sie entspreche einem zukunftssträchtigen Versorgungskonzept.

In einer Stellungnahme wird angeregt, die Vorgabe auf die *ambulant*en Reha-Angebote zu beschränken. Hier sei die Wohnorts- und Arbeitsplatznähe wichtig, anders als bei der stationären Reha. Zudem werde das stille Agreement zwischen dem Kanton Zürich und seinen Nachbarkantonen, wonach Leistungen der hochspezialisierten Akutversorgung in weiten Bereichen durch Spitäler des Kantons Zürich, aber solche der stationäre Rehabilitation überwiegend durch Kliniken der Nachbarkantone erbracht würden, weniger tangiert⁴⁷.

5. Gemeinnützige Ausrichtung des Unternehmens (Abs. 3)

In vier Stellungnahmen wird die Möglichkeit, die Gemeinnützigkeit der Leistungserbringer bei der Vergabe von Spitalistenplätzen zu berücksichtigen, begrüsst⁴⁸. Punktuell wird gefordert, das Kriterium der Gemeinnützigkeit in jedem Fall (und nicht nur bei Überangeboten) bei der Vergabe von Leistungsaufträgen anzuwenden.

Zahlreiche Verbände, Privatkliniken und Privatpersonen (44)⁴⁹ befürchten, mit der Regelung bezüglich Gemeinnützigkeit könnten (notwendigerweise) gewinnorientiert arbeitende Privatspitäler von der Spitalliste gedrängt werden, und zwar sogar dann, wenn sie qualitativ besser und wirtschaftlicher arbeiteten als Spitäler mit gemeinnütziger Ausrichtung. Zudem schliesse sich Gewinnerorientierung und Gemeinnützigkeit nicht zwingend aus. Die Bestim-

⁴⁵ ZUP, Hi, Ki, KIP, ZHK, sant, EVP, GR, VAM, IHK, PKS, SwiR, OPK, ReR, ReR, TG.

⁴⁶ ReC, Bal, AL, cur, Wi, SPO, VPOD.

⁴⁷ CVP.

⁴⁸ AL, SPO, VPOD, Wi.

⁴⁹ PKS Beil, SwiR, sant, ZUP, OPK Beil, ZGO, VAM, sani, Hi, Schu, Ki, CLi, Schlö, KLV, Pli, Pbe, CGr, Hol, Nie, VZK, VPV, VSAO, EVP, PUK, curaf, SVV, ZHK, Hel, GPV, Me, SVP, KIP, GBZ, AGZ, ZGO, BA-Männ, Fu, Zie, CVP, GLP, GR, ReC, HMN, FK.

mung sei im Übrigen nicht mit Bundesrecht vereinbar, da sie keinen sachlichen Zusammenhang zu einer an den Massstäben der Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Spitalplanung gemäss KVG habe. Ein Kriterium der gemeinnützigen Ausrichtung widerspreche ausserdem dem im KVG verankerten Prinzip der Wettbewerbsorientierung. Den Zuschlag erhalten solle, wer kostengünstigere und qualitativ bessere Leistungen erbringe, unabhängig davon, ob der Leistungserbringer gewinnorientiert oder gemeinnützig handle. Die Formulierung sei zudem unklar und bringe Rechtsunsicherheit mit sich. Eine Stellungnahme regt an, stattdessen auf das Kriterium der nachhaltigen Leistungserbringung nach § 5 Abs. 1 neu lit. e abzustellen.

6. *Leistungsaufträge für neuartige Versorgungsmodelle unabhängig vom Bedarf*
(Abs. 4)

Wenige Vernehmlassungsteilnehmende begrüssen diesen kantonalen «Experimentierartikel» (3)⁵⁰. Er müsse gegebenenfalls an die aktuelle Fassung des KVG angepasst werden («Experimentierartikel» auf Bundesebene).

Viele Vernehmlassungsteilnehmende lehnen die Bestimmung ab (22)⁵¹. Der «Experimentierartikel» sei bundesrechtswidrig. Es fehle an einer gesetzlichen Grundlage auf Bundesebene, und die bundesrechtlich vorgesehene interkantonale Koordinationspflicht werde mit der Anwendung einer solchen Bestimmung unterlaufen. Auch für Leistungsaufträge betreffend «innovative Versorgungsmodelle» seien die Schranken des KVG massgebend. Auch die Umsetzung einer entsprechenden Bestimmung wird in Frage gestellt.

VI. Spitalliste (§ 7 SPFG)

Ein Personalverband verlangt, dass die Spitallisten der Genehmigungspflicht des Kantonsrats zu unterstellen seien, um sicherzustellen, dass die im SPFG gestellten Bedingungen kontrolliert, kommuniziert und eingehalten werden⁵².

Ein Leistungserbringer regt zu Abs. 3 lit. a an, es sei für die Leistungsgruppendefinitionen eine schweizweite Lösung anzustreben; dies insbesondere auch mit Blick auf die einheitlichen Abgeltungsmodelle⁵³.

Einige Vernehmlassungsteilnehmende lehnen die Anpassung von Abs. 3 lit. b ab ()⁵⁴. Die Formulierung sei zu offen; der Regierungsrat dürfe keine über die Voraussetzungen von Art. 39 KVG hinausgehende Auflagen betreffend Infrastruktur und Personal machen. Der Datenschutzbeauftragte fordert, die Bestimmung sei in dem Sinn zu ergänzen, dass auch Anforderungen betreffend Datenschutz und Informationssicherheit festzulegen seien.

⁵⁰ ZHK, SP, SPO

⁵¹ PKS, ZUP, OPK, Hi, Ki, CLi, Schlö, KIP, CGr, sant, VAM, curaf, Hel, PBe, PLi, TG, ZGO, Hol, Nie, AL, VZK, ReC

⁵² VPOD.

⁵³ ReC.

⁵⁴ Sani, GLP, GR, HMN, Pli, PBe, VAM.

Vereinzelte wird angeregt, sämtliche Vorgaben oder Änderungen sollen durch den Regierungsrat (und nicht auch durch die Gesundheitsdirektion) erfolgen (2)⁵⁵. Abs. 4 resp. Abs. 5 sei zu streichen.

VII. Leistungsmengen (§ 7a SPFG)

Nur wenige Vernehmlassungsteilnehmende unterstützen es, wenn der Kanton verminderte Tarife ab Überschreiten einer jährlich definierten Leistungsmenge soll festlegen können (4)⁵⁶. Der Bedarf und sich daraus ergebende Bandbreiten müssten regelmässig überprüft werden, um erfolgreiche Leistungserbringer nicht zu bestrafen. Auch müsse der Kostenteiler nach KVG (55% Kanton, 45% Versicherer) gewährleistet bleiben. Vereinzelte werden auch einzelne Massnahmen wie die Genehmigungspflicht für Grossinvestitionen begrüsst. Punktuell wird gefordert, Grossinvestitionen in jedem Fall einer Genehmigungspflicht zu unterstellen, nicht nur bei Mengenüberschreitungen

Die grosse Mehrheit der Stellungnahmen (Leistungserbringer, Verbände, politischen Parteien, Kantone und Privatpersonen) fordern, § 7a ersatzlos zu streichen (41)⁵⁷. Die in der Bestimmung vorgesehenen Massnahmen (Mengenbegrenzung, verminderte Tarife, Genehmigungspflicht für Grossinvestitionen) stünden im Widerspruch zum Bundesrecht. Der Kanton sei nicht befugt, Leistungsmengen zu definieren. Die Festsetzung von verminderten Tarifen widerspreche der Tarifautonomie, denn gemäss KVG könnten die Kantone Tarife nur dann festsetzen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigten. Das «Mini-Globalbudget» gefährde die Versorgungssicherheit und führe zu Wartezeiten für Patientinnen und Patienten. Die Regelung fördere die Zweiklassenmedizin, weil Spitäler Grundversicherte in der Quote und Zusatzversicherte ausserhalb der Quote behandeln würden. Das Bandbreitenmodell widerspreche der freien Spitalwahl und der Aufnahmepflicht der Leistungserbringer; es verstosse gegen das Wettbewerbsprinzip. Es zerstöre zudem die Anreize zur wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Leistungserbringung. Das vorgesehene System sei ausserdem unausgereift, könne zu willkürlichen Eingriffen des Kantons führen und bewirke auch einen unnötigen, nicht zielführenden bürokratischen Mehraufwand. Die vorgesehenen Massnahmen und Sanktionen gemäss Abs. 2 führten zu einer Zweiklassenmedizin. Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten werde eingeschränkt und ausserkantonale Hospitalisationen würden unnötig gefördert, was den Wirtschaftsstandort Zürich schwäche. Die in andern Kantonen bestehende Genehmigungspflicht für Grossinvestitionen habe sich nicht bewährt.

Auch die Massnahmen bei einer allfälligen Unterschreitung der Mengenbandbreite nach Abs. 3 wird überwiegend abgelehnt (13)⁵⁸. Die Vorgabe sei unnötig, nicht ausgereift, kontraproduktiv und setze einen Fehlanreiz; sie kurble die Mengenausweitung an.

⁵⁵ VZK, ReC.

⁵⁶ Wi, GLP, SP, SPO.

⁵⁷ VZK, PKS Beil, SwiR, VPV, ZUP, OPK Beil, AGZ, ZGO, EVP, PUK, HoI, Nie, VPV, VSAO, EVP, ZUP, Hi, Ki, CLi, Schlö, KIP, CGr, Zie, Schuh, SVP, sani, Bal, PLi, PBe, ipw, KLV, KIP, ZGO, PUK, GR, HMN, Str, Tri, ReC, FK, San.

⁵⁸ Bal, GebZO, GebD, SVP, ZUP, OPK, Hi, CLi, Schlö, PLi, PBe, KIP, CGr.



Zu Abs. 4 wird vorgebracht, eine unterjährige Prognose auf Ebene von Leistungsgruppen sei nicht möglich bzw. sehr unsicher, da medizinische Behandlungen zufälligen und jahreszeitlichen Schwankungen unterlägen. Auch diese Bestimmung wird abgelehnt (16)⁵⁹.

VIII. Leistungsverpflichtung, Leistungsintervall und Beendigung (§ 8 SPFG)

Zwei Vernehmlassungsteilnehmende begrüssen die Präzisierung der Befristung, Behandlungspflicht und Kündbarkeit⁶⁰. Verschiedene Leistungserbringer und Verbände lehnen die Regelungen aber ab (9)⁶¹. Sie bringen vor, ein nicht im Voraus definiertes Planungsintervall im Sinne von Abs. 1 bedeute Planungsunsicherheit für die Leistungserbringer und das dort tätige Personal. Spitäler seien auf einen langfristigen Planungshorizont angewiesen, dies z.B. im Hinblick auf Investitionen oder Weiterbildungsprogramme für Ärztinnen und Ärzte. Ausserhalb eines ordentlichen Planungsintervalls solle der Leistungsauftrag nur aus wichtigen Gründen entzogen werden können. Eine Stellungnahme regt an, die Minimaldauer des Planungsintervalls im Gesetz festzulegen⁶².

In Zusammenhang mit Abs. 2 bringen einige Vernehmlassungsteilnehmende vor, die Leistungserbringer seien bereits nach geltendem Recht zur Erfüllung der Leistungsaufträge verpflichtet (6)⁶³. Aufgrund der Formulierung sei unklar, wann sie vom Regierungsrat von dieser Verpflichtung befreit werden könnten.

Zu Abs. 3 wird von zahlreichen Vernehmlassungsteilnehmenden (32)⁶⁴ kritisiert, dass die Kündigungsgründe offen formuliert seien und zusammen mit der relativ kurzen Kündigungsfrist beträchtliche Rechtsunsicherheit bei den Leistungserbringern bewirkten. Spitäler seien auf einen langfristigen Planungshorizont angewiesen. Diese Kündigungsmöglichkeit und die kurze Kündigungsfrist führten dazu, dass im Kanton Zürich nicht mehr in Spitäler investiert werde. Zudem dürfe die Auflösung von Leistungsaufträgen nicht auf Kosten des Personals geschehen. Die Vernehmlassungsteilnehmenden fordern mehrheitlich, die Bestimmung sei zu streichen. Eine Stellungnahme fordert, die Kündigungsfrist beidseitig auf drei Jahre zu erhöhen⁶⁵. In drei Stellungnahmen wird verlangt, die Kündigung an gewisse materielle Voraussetzungen zu knüpfen⁶⁶.

⁵⁹ VZK, PUK, ReC, Schu, ZUP, OPK, Hi, CLi, Schlö, Pli, PBE, KIP, CGr, VAV, VSAO, EVP.

⁶⁰ AL, SPO.

⁶¹ Bal, VZK, EVP, PUK, ReC, VPV, VSAO, CA-ZH, SVP.

⁶² ipw.

⁶³ VZK, PKS, OPK, PUK, Hi, KIP.

⁶⁴ VZK, PKS Beil, SwiR, ZUP, OPK Beil, VAM, GPV, Me, Hi, Schu, KLV, Pli, PBe, GLP, Ki, CLi, Schlö, KIP, CGr, VPV, VSAO, EVP, Bal, CA-ZH, ZHK, SVP, ReC, PUK, ipw, NW, SVV, IHK.

⁶⁵ CVP

⁶⁶ sant, GR, NW.

IX. Weitere Leistungsbereiche (§ 9 SPFG)

Punktuell wird es begrüsst, Abs. 1 mit einem zweiten Satz zu ergänzen, wonach in Listenspital nicht gleichzeitig auch Vertragsspital sein kann (3)⁶⁷. Leistungen, deren Durchführung spezialisierte Teams und entsprechende technische Voraussetzungen benötigten, seien zu konzentrieren. Zudem sei eine Spitalplanung zum Scheitern verurteilt, wenn Spitäler neben den Leistungsaufträgen auch noch weitere Leistungen als Vertragsspital erbringen könnten.

Zahlreiche Verbände, Leistungserbringer und politische Parteien lehnen die Regelung ab (40)⁶⁸. Es handle sich um eine nicht akzeptable Strukturermassnahme. Der Qualitätswettbewerb könne nur funktionieren, wenn Konkurrenz in allen Bereichen geschaffen werden könne. Zudem müssten Fallzahlen aufgebaut werden können, um sich für neue Leistungsaufträge zu bewerben. Die Bestimmung sei weder KVG- noch VVG-konform. Sie benachteilige die Listenspitäler unnötig bei der Entwicklung von Innovationen, neuen Versorgungsangeboten und greife in die unternehmerische Freiheit der Spitäler ein. Es fehle an öffentlichen Interessen, welche die Wirtschaftsfreiheit von Spitälern mit privaten Trägerschaften überwiegen würden. Die Vorgabe wirke sich eher qualitätsmindernd aus. Die Regelung verletze die Vertragsautonomie der Tarifpartner.

X. Weitere Leistungen (§ 11 SPFG)

Die Rückmeldung zu dieser die Subventionen betreffenden Bestimmung sind sehr unterschiedlich. Zum Teil wird die Ausweitung der Subventionierungsmöglichkeiten begrüsst (6)⁶⁹, und es werden sogar weitere Leistungen genannt, die aus Sicht einzelner Vernehmlassungsteilnehmenden subventioniert werden müssten, wie z.B. der Spitalsozialdienst oder das Dolmetschen in Spitälern⁷⁰.

Andere Stellungnahmen beurteilen die Anpassung und Erweiterung der Subventionierungstatbestände kritisch (25)⁷¹: Staatliche Subventionierungen hätten wettbewerbsverzerrende und strukturhaltende Wirkung. Sie würden bevorzugt an öffentliche Spitäler ausgerichtet, was zu Marktverzerrungen zugunsten der öffentlichen Spitäler und zur Aufrechterhaltung von unwirtschaftlichen Strukturen führe. Zudem könne der Druck abnehmen, für die stationären OKP-Leistungen kostendeckende Tarife festzulegen. Die Erweiterung von Subventionen für nicht kostendeckende ambulante Tarife sei ausserdem der falsche Ansatz. Einerseits werde das Prinzip der Kopfprämie damit noch mehr unterwandert, andererseits werde ein falscher Tarif für eine «privilegierte Gruppe» – die an einem Listenspital ambulant tätigen Leistungserbringer – korrigiert. Dies widerspreche Bundesrecht bzw. dem Gleichheitsprinzip und sei deshalb willkürlich. Weiter seien die neuen Formulierungen un-

⁶⁷ VPOD, SPO, AL.

⁶⁸ ZUP, ZHK, Hi, Ki, CLi, Schlö, KIP, CGr, GBZ, ZGO, BA-Männ, Fu, Hol, Nie, Zie, SVV, VAM, Schu, PLi, PBe, Bal, EVP, GLP, SVP, PKS Beil, OPK Beil, VPV, VSAO, EVP, sani, GR, VZK, PKS Beil, OPK Beil, curaf, AGZ, Hel, SVP, PUK, ReC.

⁶⁹ CVP, SPO, AL, Wi, VPOD, EVP.

⁷⁰ AL.

⁷¹ ZHK, IHK, ZUP, SVV, Hi, Ki, KIP, Schu, VAM, PKS Beil, SwiR, OKP Beil, PBe, Pli, GBZ, AGZ, ZGO, BA-Männ, Fu, Hol, Nie, KLV, sani, schu.

klar. Die Finanzkontrolle bringt vor, auf Verordnungsstufe seien messbaren Kriterien für die Ausrichtung der Subventionen zu definieren und zu spezifizieren, um eine einheitliche und an objektiven und messbaren Kriterien ausgerichtete Subventionsausrichtung sicherzustellen. Dies betreffe die Begriffe der versorgungspolitischen Notwendigkeit, der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, der Nichtpflichtleistungen bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, der neuen Versorgungsmodelle, der Verbesserung der Versorgungskette und der Entlastung der stationären Versorgung.

XI. Gebühren (§ 16 SPFG)

Einige Vernehmlassungsteilnehmende halten die Regelung für unklar (4)⁷², andere möchten Abs. 1 unverändert lassen (3)⁷³, denn private Spitäler könnten keine «Gebühren» erheben; demgegenüber sei klar, dass die Leistungen sämtlicher Listenspitäler kostenpflichtig seien.

Eine politische Partei fordert die Streichung von Abs. 2 Sätze 2 und 3, denn Listenspitäler dürften keine mengenabhängigen Vergütungen an Ärztinnen und Ärzte ausrichten. Entweder könne im SPFG für Listenspitäler eine Lohnobergrenze für Kaderärztinnen und -ärzte festgesetzt oder der Gültigkeitsbereich des Zusatzhonorargesetzes auf alle Listenspitäler ausgedehnt werden⁷⁴.

XII. KVG-Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand (§ 19 SPFG)

Ein Kanton und eine politische Partei weisen darauf hin, dass Art. 49a Abs. 2 KVG ausdrücklich eine *jährliche* Festlegung des kantonalen Anteils an der Finanzierung stationärer Leistungen vorgebe⁷⁵.

XIII. Sanktionen (§ 22 SPFG)

Drei Vernehmlassungsteilnehmende begrüßen den höheren Bussenrahmen⁷⁶. Für grössere Spitäler hätten die Bussen in der bisherigen Grössenordnung eher Symbolcharakter und unterstützten die wirksame Sanktionierung und Steuerung nicht.

In den meisten Vernehmlassungen werden die Neuerungen von § 22 aber abgelehnt (24)⁷⁷. Die Verschärfungen der Strafnormen seien inakzeptabel angesichts der Fülle der neuen, zu wenig bestimmten Rechtsbegriffe und der «intransparenten Systemänderungen», die kaum Rechtssicherheit böten. Nur, wenn Rechte und Pflichten der Spitäler konkret und im Einzelfall nachvollziehbar sowie planbar gesetzlich festgelegt seien, solle zur Durchsetzung dieser Pflichten auf Strafbestimmungen zurückgegriffen werden können. Sanktionen sollten in jedem Fall in ein Verhältnis gesetzt werden zu Vergehen, Schaden

⁷² VZK, EVP, PUK, ReC.

⁷³ Bal6, VAM 8, GR 6.

⁷⁴ Grü.

⁷⁵ GR, EVP.

⁷⁶ VPOD, SPO, AG.

⁷⁷ PKS, ZUP, OPK, IHK, Hi, Schu, Ki, CLi, Schlö, PLi, PBe, KIP, CGr, Zie, EVP, VZK, VAM, Bal, SVP, PUK, ipw, CA-ZH, GebZO, GebD.



oder Umsatz des Leistungserbringers. Es fehle ein Katalog der Verstösse und der möglichen Bussen für die einzelnen Verletzungen. Für kleinere Spitäler seien Fr. 10'000, die wohl für kleinere Verstösse vorgesehen würden, eine sehr grosse finanzielle Belastung und unverhältnismässig. Die Maximalbusse von Fr. 1 Mio. sei zudem zu hoch.

XIV. Fehlende Tarifstruktur (§ 23 SPFG)

Einzelne Verbände und Leistungserbringer (7)⁷⁸ bringen vor, Abs. 1 greife in die Zuständigkeitsordnung gemäss KVG ein; die Frage sei dort bereits geregelt.

XV. Fehlende Betriebsvergleiche (§ 24 SPFG)

Verschiedentlich wird vorgebracht, es sei von kantonalen Vergleichen abzusehen, wenn nationale Betriebsvergleiche vorlägen. Kantonale Vergleiche erhöhten den administrativen Aufwand für den Kanton und die Spitäler unnötig. Es stelle sich zudem die Frage, aus welchen Gründen zusätzliche Betriebsvergleiche des Kantons sinnvoll seien bzw. worin der Informationsgewinn liege. Demgegenüber hält eine politische Partei fest, es sei im Interesse der Patientinnen und Patienten, dass der Kanton Qualitätsvergleiche durchführe und publiziere. Der Kanton solle dazu verpflichtet werden, solange keine schweizweiten Betriebsvergleiche vorlägen, welche Patientinnen und Patienten zur Spitalwahl befähigten. Ein Verband fordert, jährliche Betriebsvergleiche durch den Kanton seien zwingend festzuschreiben, wobei auch die Personalsituation im Fokus stehen müsse (Anzahl und Qualifikation mit Personalschlüssel bzw. Sollzahlen).

F. In der Vernehmlassungsvorlage nicht behandelte Bestimmungen

Die Vernehmlassungsteilnehmenden äusserten sich zum Teil auch zu Bestimmungen des SPFG, die nicht Gegenstand der Vernehmlassungsvorlage waren.

I. Zweck (§ 1 SPFG)

Zwei Vernehmlassungsteilnehmende fordern, in § 1 sei der Begriff «ausreichend» in Anlehnung ans KVG durch den Begriff «bedarfsgerecht» zu ersetzen (2)⁷⁹. Zwei weitere Vernehmlassungsteilnehmende betonen, das Gesetz entspreche mit den geänderten Bestimmungen dem Zweck von § 1 nicht mehr (2)⁸⁰. Sodan wird gefordert, § 1 Satz 2 betreffend Förderung wettbewerblicher Elemente zu streichen (3)⁸¹.

II. Finanzierung von Anlagen (§ 12 SPFG); Modalitäten (§ 13 SPFG)

⁷⁸ PKS, OPK, Hi, Schu, PLi, PBe, KIP.

⁷⁹ Grü 1, AG 1

⁸⁰ SVP2, ReC 1

⁸¹ Grü 1, SP 2, VPOD 4



Eine politische Partei⁸² fordert, §§ 12 und 13 zu streichen, da die Bestimmungen veraltet seien; sie seien auf die Zeit vor der Einführung der neuen Spitalplanung per 2012 zurückzuführen.

III. Hospitalisationen in Listenspitälern anderer Kantone (§ 14 SPFG)

Ein Verband⁸³ bringt vor, § 14 sei in Zeiten der schweizweiten freien Spitalwahl nicht mehr zeitgemäss und könne daher gestrichen werden.

IV. Datenbearbeitung (§ 17 SPFG); Bearbeiten und Veröffentlichen (§ 18 SPFG)

Ein grosses Listenspital⁸⁴ verlangt, dass der Regierungsrat in einer Weisung das Verhältnis der Datenschutzgesetzgebung (DSG, IDG) und Patientenrecht (PatG) klärt. Die Möglichkeit nach DSG bzw. IDG zur Korrektur, Sperrung oder Löschung von Daten sei bei Patientendokumentationen nicht immer möglich und zulässig.

V. Förderung ambulanter Behandlungen (§ 19a SPFG)

Eine politische Partei⁸⁵ verweist auf den Katalog des Eidgenössischen Departements des Innern mit operativen Eingriffen, die nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet werden. Ziel sei eine einheitliche Regelung für alle Versicherten in der Schweiz. Auf eine weitergehende Regulierung auf kantonaler Ebene sei zu verzichten.

⁸² GLP.

⁸³ sant.

⁸⁴ USZ.

⁸⁵ Grü.



Anhang 1: Liste der Vernehmlassungsteilnehmenden

1. Gemeindeebene

- Gemeinden Meilen, Neerach, Oberengstringen
- Städte Winterthur, Zürich
- Gemeindepräsidentenverband Kantons Zürich, Verein Zürcherischer Gemeindegemeinschafter und Verwaltungsfachleute,

2. Innerkantonal

- Datenschutzbeauftragter, Finanzkontrolle

3. Ausserkantonal

Kantone AG, AI (Verzicht), GL, GR, NW, TG, TI, UR

4. politische Parteien

AL, CVP, EVP, FDP, GLP, Grüne, SVP, SP

5. Leistungserbringer

5.1 Listenspitäler

Clenia Privatklinik Littenheid, Clenia Schlössli AG, Forel Klinik AG, Geburtshaus Delphys, Geburtshaus Zürcher Oberland, GZO AG Spital Wetzikon, Integrierte Psychiatrie Winterthur, Klinik Hirslanden, Klinik Susenberg, Kliniken Valens, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Rehaklinik Bellikon, RehaClinic AG, Reha Rheinfelden, Sanatorium Kilchberg, Schulthess Klinik, Spital Affoltern, Spital Limmattal, Spital Männedorf, Spital Uster, Stiftung Diakoniewerk Neumünster (Spital Zollikerberg), Stiftung Zürcher RehaZentren, Universitätsklinik Balgrist, Universitätsspital Zürich

5.2 Nichtlistenspitäler

Hirslanden Klinik im Park, Privatklinik Bethanien AG, Privatklinik Hohenegg AG, Privatklinik Lindenberg

5.3 ambulante Leistungserbringer und Privatpersonen (Ärzte)

Clenia Gruppenpraxen AG, Fusszentrum Hirslanden/ Fusschirurgie ZH/ Fussinstitut ZH, Patrick Holzmann, Michael Niemann, Philipp Nufer, F. Trinkler, Urs Straumann, Karl Zweifel, Jean-Pierre Ziegler

5.4 Verbände und Organisationen

Curaviva Kanton Zürich, Hplus, Privatkliniken Schweiz, Spitex Verband Kanton Zürich (Verzicht), Swiss Reha, VAMED Management und Service Schweiz AG, Verband Ostschweizer Privatkliniken, Verband Zürcher Krankenhäuser, Vereinigung Zürcher Privatkliniken



6. Versicherer

Curafutura, Helsana Versicherungen AG, Sanitas Krankenversicherungen AG, Santésuisse, Schweizerischer Versicherungsverband, SWICA,

7. Berufsverbände

Ärztegesellschaft des Kantons Zürich, Chefärztegesellschaft des Kantons Zürich, Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (Sektion Zürich), Genossenschaft HirsMed.Net, Gesellschaft der Belegärzte des Kantons Zürich, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Vereinigung der Belegärzte am Spital Männedorf, Vereinigung Zürcher Internisten, VSAO ZH Zürcher Spitalärztinnen und Spitalärzte, Zürcher Gesellschaft der orthopädischen Chirurgen, Zürcher Gynäkologischer Verein

8. Andere Verbände und Organisationen

Allianz für ein bezahlbares Gesundheitswesen, Industrie- und Handelskammer Thurgau, SPO Patientenschutz, Verband des Personals öffentlicher Dienste, Vereinigte Personalverbände Kanton Zürich, Zürcher Handelskammer



Anhang 2: Abkürzungen

AbG	Allianz für ein bezahlbares Gesundheitswesen
AG	Kanton Aargau
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
AL	Alternative Liste
Bal	Universitätsklinik Balgrist
BA-Männ	Vereinigung der Belegärzte am Spital Männedorf
CA-ZH	Chefärztegesellschaft des Kantons Zürich
CGr	Clenia Gruppenpraxen AG
CLi	Clenia Privatklinik Littenheid
cur	Curaviva Kanton Zürich
curaf	Curafutura
CVP	CVP Kanton Zürich
Dia	Stiftung Diakoniewerk Neumünster (Spital Zollikerberg)
dsb	Datenschutzbeauftragter
Endoclinic Zürich, Klinik Hirslan- den	Nufer Philipp, Dr. med.
EVP	EVP Kanton Zürich
FDP	FDP Kanton Zürich
FK	Finanzkontrolle
Fu	Fusszentrum Hirslanden/ Fusschirurgie ZH/ Fussinstitut ZH
GBZ	Gesellschaft der Belegärzte des Kantons Zürich
GebD	Geburtshaus Delphys
GebZO	Geburtshaus Zürcher Oberland
GL	Kanton Glarus
GLP	GLP Kanton Zürich
GR	Kanton Graubünden, Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit
Grü	Grüne Kanton Zürich
H+	Hplus
Hel	Helsana Versicherungen AG
Hi	Klinik Hirslanden
HMN	Genossenschaft Hirs-Med. Net
Hol	Holzmann Patrick Dr. med. (Orthopädie Zürichsee)
IHK	Industrie- und Handelskammer Thurgau
ipw	Integrierte Psychiatrie Winterthur
Ki	Sanatorium Kilchberg AG
KIP	Hirslanden Klinik Im Park
KLV	Kliniken Valens
Li	Spital Limmattal
Me	Meilen
Ne	Neerach
Nie	Niemann Michael (mutmassl. Orthopädie Zürisee)
NW	Kanton Nidwalden
Ob	Oberengstringen



OPK	Verband Ostschweizer Privatkliniken
PBe	Privatklinik Bethanien AG
PHo	Privatklinik Hohenegg AG
PKS	Privatkliniken Schweiz
PLi	Privatklinik Lindenberg
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
ReB	Rehaklinik Bellikon
ReC	RehaClinic AG
ReR	Reha Rheinfelden
sages	Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Sektion Zürich
sani	Sanitas Krankenversicherungen AG
sant	Santésuisse
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Schlö	Clenia Schlössli AG
Schu	Schulthess Klinik
SP	SP Kanton Zürich
SPO	SPO Patientenschutz
Str	Straumann Urs, Dr. med., Uroclinic Uster
SVP	SVP Kanton Zürich
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
SWI	SWICA
SwiR	Swiss Reha
TG	Kanton Thurgau, Departement für Finanzen und Soziales
TI	Kanton Tessin
Tri	Trinkler F., Dr. med. (UroZentrum Zürich)
UR	Kanton Uri, Gesundheits- Sozial- und Umweltdirektion
Us	Spital Uster
USZ	USZ Spitaldirektion
VAM	VAMED Management und Service Schweiz AG
VPOD	Verband des Personals öffentlicher Dienst
VPV	Vereinigte Personalverbände Kanton Zürich
VSAO	VSAO ZH Zürcher Spitalärztinnen und Spitalärzte
VZGV	Verein Zürcherischer Gemeindeschreiber und Verwaltungsfachleute
VZI	Vereinigung Zürcher Internisten
VZK	Verband Zürcher Krankenhäuser
Wi	Winterthur
ZGO	Zürcher Gesellschaft der orthopädischen Chirurgen
ZH	Stadt Zürich, Gesundheits- und Umweltdirektion
ZHK	Zürcher Handelskammer
Zie	Ziegler Jean-Pierre, Dr. med. (Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie)
ZUP	Vereinigung Zürcher Privatkliniken
Zwe	Zweifel Karl, Dr. med.