



Zürcher Gesellschaft der orthopädischen Chirurgen

Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
z.Hd. Frau Dr. iur. Bettina Lienhard
ROA
Stampfenbachstrasse 30
8090 Zürich

Wädenswil, 5. Juni 2019/gm

Stellungnahme der Gesellschaft der Orthopädischen Chirurgen Zürich zur Teilrevision Spitalplanungs- und –Finanzierungsgesetz (SPFG):

Sehr geehrter Frau Regierungsrätin Rickli
Sehr geehrte Frau Lienhard

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Revision des SPFG unsere Stellungnahme im Vernehmlassungsverfahren einzugeben.

Die Gesellschaft der Orthopädischen Chirurgen Zürich ZGO umfasst rund 120 Mitglieder, davon ist eine grosse Anzahl Belegärzte, die im gesamten Kantonsgebiet in Spitälern tätig sind und einen erheblichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung leistet. Von diesen Belegärzten sind viele in sowohl öffentlichen Häusern, Listen- bzw. Vertragsspitalern tätig.

Allgemeine Bemerkungen:

Die Revision des Spitalplanungs- und –Finanzierungsgesetz, wie es aktuell vorgeschlagen wird, soll eine Revision des bereits 2012 eingeführten Gesetzes sein. Warum bereits nach 7 Jahren eine Revision von derart einschneidender Art notwendig wird, ist nicht nachvollziehbar. Die Revision widerspricht im Wesentlichen dem heutigen geltenden KVG und auch dem Bundesrecht, was die bis anhin geltende Version nicht tut. Das Prinzip des Wettbewerbs, welches das KVG klar vorschreibt, auch die Autonomie der Leistungserbringer, ist durch die aktuelle Revision im Widerspruch zu geltendem Gesetz. Die bundesrechtliche Grundlage der Gesetzgebung bewährt nämlich die Autonomie des einzelnen Leistungserbringers.

Die zur Diskussion stehende Teilrevision des SPFG geht klar in Richtung einer staatlich gelenkten und kontrollierten Medizin. Es muss hier darauf hingewiesen sein, dass diese staatlichen, scheinbar so gut funktionierenden Systeme wie z.Bsp. Dänemark oder

Holland bei Direktbetroffenen, sei es auf der Patienten- wie auf der Arztseite schwerste Mängel aufweisen. Wartezeiten, Versorgungsqualität, Patientensicherheit und anderes mehr, insbesondere bis hin zur Rationierungen sind dort an der Tagesordnung bzw. haben sich äusserst negativ entwickelt. Vom Schweizer System wissen wir, dass die Zugänglichkeit zum Gesundheitsversorger, die hohe Qualität bei guter Ausbildung und die kurzen Wartezeiten volkswirtschaftlich einen hohen Gewinn Beitrag leisten, natürlich aber auch ihren Preis haben, den wir uns aber leisten können. Das aktuelle Gesetz greift nicht nur in die Spital- und Leistungserbringer-Autonomie ein, sondern auch in die der niedergelassenen Ärzte, indem im revidierten Gesetz deutliche Übergriffe auf das ambulante Gesundheitswesen vorsieht. Dies gilt es ebenfalls abzulehnen.

Insgesamt ist klar zu verhindern, dass ein schlecht funktionierendes öffentliches Wesen neben einem rein privat funktionierenden Gesundheitswesen zu existieren beginnt, wo sich nur Menschen betreuen lassen können, die tief in die Tasche greifen können bzw. müssen, um sich überhaupt zeitnahe und durch Fachkräfte hoher Qualität behandeln zu lassen. Denn diese Entwicklung zeigt sich in den gelobten nordischen Ländern deutlich. Es ist unbestritten, dass wir heute eine Form der Zweitklassenmedizin haben. Es ist aber auch unbestritten, dass die Breite der Versorgung vom Asylanten bis zum Bundespräsidenten in nie dagewesener Form in der Schweiz existiert und dafür ein Vorzeigemodell für andere Staaten darstellt. Die aktuelle Revision des Gesetzes würde eben diese hohen Qualitäten, die jedem Bürger zugänglich sind, klar zu Nichte machen.

Zu den einzelnen Paragraphen:

Paragraph 2 Begriffe:

Aus belegärztlicher Sicht beherbergt die Formulierung „Einheit von Personal und Infrastruktur“ eine nicht genaue Definition der Stellung von Leistungserbringern, die nicht im Spital angestellt sind, z.Bsp. Belegärzte. Belegärzte sind freischaffende Leistungserbringer, die im Vertragsverhältnis zu einem Spital bezüglich der Abgeltung ihrer Leistung stehen. In der heutigen Praxis haben einige Spitäler zudem Belegarztverträge ausgearbeitet, die eine verbindlichere Zusammenarbeit definieren, sodass Belegärzte heute durchaus enger mit der Spitalinstitution verknüpft sind. Trotzdem ist der Begriff ‚Einheit‘ im Endeffekt nicht klar definiert.

Im Art. 39 KVG wird genau bestimmt, welche Bedingungen ein Spital zu Lasten der OKP zugelassen werden soll. Hier möchte der Kanton eine andere Definition, die klar davon abweicht. Dies fördert eine Rechtsunsicherheit und ist deshalb abzulehnen. Das KVG schreibt klar den Wettbewerb im Gesundheitswesen vor, hier würden künstlich Hürden aufgebaut. Es ist insgesamt abzulehnen, dass der Kanton in der ambulanten Tätigkeit noch mehr Platz einnehmen soll. Im Krankenversicherungs-Gesetz ist klar die Planung des stationären Bereiches vorgesehen.

Paragraph 3 Grundsätze:

Wenn man die Details im sprachlichen Umgang pflegt, sticht einen der Unterschied zwischen notwendig und bedarfsgerecht auf. Der Bedarf kann aus verschiedener Sicht interpretiert werden, in der Regel definiert aber der Bürger, was er als Bedarf empfindet, was man langläufig als Begehrlichkeit definieren mag. Hier unterscheidet sich Bedarf und Notwendigkeit. Es kann sein, dass ein Mensch mit Bauchschmerzen und einer Blinddarm-Entzündung den Handlungsbedarf sieht, hier ist auch eine Behandlung notwendig, weil ansonsten der Patient schweren Schaden nehmen könnte, bis zum Tod. Aber auch eine junge Dame, die ein kosmetisches Problem empfindet, hat einen Bedarf nach einer Behandlung, die medizinisch gesehen natürlich überhaupt nicht notwendig ist.

Paragraph 4, Absatz 1:

Er widerspricht dem Artikel 34 KVG, weil es eine Kompetenzausdehnung stossenderweise ist, der Kanton würde hier neben der stationären Planung auch in die

ambulante Versorgung eingreifen. Die Streichung des Wort stationär ist dadurch abzulehnen, die Spitalversorgung auch im ambulanten Bereich zu planen, führt zu einem inakzeptablen Dirigismus und einer alle Facetten der Gesundheitsversorgung betreffenden, umfänglichen Staatsmedizin.

Paragraph 5, Absatz 1 Lit. c:

Hier entsteht eine Rechtsunsicherheit zum Bundesgesetz. Die Vorgaben zur Qualität und Wirtschaftlichkeit sind dort formuliert, die vorliegende Formulierung weicht klar davon ab, hier gibt es Konflikt mit dem Bundesrecht. Die vorgeschlagenen Bestimmungen im kantonalen Artikel sind so offen formuliert, sie sind deshalb nicht nachvollziehbar und öffnen einer willkürlichen Anwendung Tür und Tor. Man kann sich auch gut überlegen Lit. c ersatzlos zu streichen.

Paragraph 5, Absatz 1 Lit. d:

Dieser Absatz schafft das Belegarztsystem bzw. die Delegation von Leistungshandlungen im Spital an Vertragspartner und nicht direkt an spitalangestellte Leistungserbringer ab. Zudem ist er überholt. Viele Belegarztsysteme funktionieren in der Zusammenarbeit mit dem Spital hervorragend. Viele Spitäler haben neben einem reinen Leistungsabteilungsvertrag auch gemeinsame Weisungen für sicherheitsrelevante und administrative Abläufe zwischen Belegarzt und Spital vertraglich festgehalten, was den vertraglichen Bedingungen angestellter Ärzte mehr oder weniger gleichkommt. Eine uneingeschränkte Weisungsbefugnis greift in das ärztliche Kerngeschäft ein und beeinflusst direkt die ärztliche Tätigkeit, die freie Arbeitsweise des Belegarztes ist damit behindert. Dies gilt es natürlich abzulehnen. Für die Spitäler entstünden grosse Kosten für Haftpflichtversicherung, Sozialleistungen und andere Aufwendungen. Die Formulierung, dass keine Leistungen an Dritte delegiert werden können, zementiert die Absicht des Kantons, Belegärzte aus den Listenspitälern zu entfernen. Handkehrum ist es klar erwiesen, dass Belegärzte effizient, kostenbewusst und sehr personalisiert, d.h. in einer persönlichen Beziehung zum Patienten stehend, arbeiten. Es werden keine direkt ärztlichen Tätigkeiten an andere Leistungserbringer delegiert, in der Regel arbeitet der Belegarzt immer persönlich in allen Schritten eines Behandlungsablaufes. Zudem stellt das belegärztliche Wesen eine gewisse, das Leben erfrischende Konkurrenzsituation zum Angestelltenverhältnis stehenden Chefarzt-System dar. Dies ist meist sehr befruchtend, die beiden Systeme ergänzen sich hervorragend. Das Belegarztsystem abzuschaffen, wäre ein herber Dämpfer in der Qualitätsentwicklung in der Medizin. Es würden ein Kostenschub, schlechtere Qualität, längere Wartezeiten und eine unsicherere Bindung des Patienten an den Leistungserbringer bewirken. Aus Umfragen weiss man, dass die Bevölkerung die freie Arztwahl und die regionale Versorgung prioritär beurteilen. Gerade in ländlichen Regionen ist belegärztliches Arbeiten ein hohes Bedürfnis, wird sehr geschätzt und zeigt eine gute Qualität. Da der Belegarzt selber nicht nur aus berufsethischen, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen an einer maximal hohen Qualität interessiert ist, weil er mit seinem Namen bürgt, ist er an einer einwandfreien Abwicklung des Leistungsauftrages interessiert. Er haftet auch selbständig nicht nur mit seinem Ruf, sondern auch haftpflicht-technisch mit einer eigenen Versicherung. Im Angestellten-Verhältnis werden viele Leistungserbringungen delegiert, das anonyme Spital birgt für die Haftung und eine direkte persönliche Verantwortlich des angestellten Arztes verwischt. Der vorliegende Artikel würde Belegärzte zwingen, sich anstellen zu lassen, was zu einem System führt, wie es in anderen Ländern bereits praktiziert wird: Versierte, best-ausgebildete Leistungserbringer sind einen Teil des Tages am öffentlichen Spital und am anderen Teil des Tages in einem privaten Spital, das unabhängig der gesetzlichen Normen im Vertragszustand funktioniert. Auf die einfache Ebene abgebrochen, würde der einfache Bürger im öffentlichen Spital behandelt mit Wartezeiten und einer deutlich niedrigeren Frequenz und zusatzversicherte Patienten, bzw. Patienten, die sich es monetär leisten können, würden im Privatspital mit kurzen Wartezeiten und in einem hoch-motivierten Betrieb behandelt werden. Auch dieser Artikel zementiert damit

eine Zeitklassenmedizin.

Spitäler, die reine Belegarztztätigkeit ausführen, würden so von der Versorgungsplanung respektive der Tätigkeit zu Lasten der OKP komplett ausgeschlossen. Es sei auch darauf hinzuweisen, dass gemäss Art. 39 Absatz 1 Lit. d KVG private Träger angemessen in die Spitalplanung einzubeziehen sind. Deshalb ist dieser Artikel ebenfalls im Widerspruch zum KVG.

Paragraph 5, Absatz 1, Lit. e:

Der Begriff der Nachhaltigkeit ist zwar sehr modern aber deswegen nicht weniger schwammig. Er ist somit ein unbestimmter Rechtsbegriff, den man in Gender-Studien oder im Umweltschutz gebraucht, deswegen aber nicht wirklich als eine feste Definition in einem Wesen einsetzen kann, das überwiegende wissenschaftlichen Kriterien gehorcht. Wie im Kommentar ersichtlich, wird der Begriff Nachhaltigkeit nun auch in der wirtschaftlichen Situation gesehen. Meines Erachtens zielt er vor allem auf privatwirtschaftlich-organisierte Klinikgruppen ab, die z.Hd. ihrer Investoren Gewinne erwirtschaften müssen. Dies ist aber meist die Ausnahme. Für die im Kanton tätigen Listenspitäler ist dieser Begriff der Nachhaltigkeit, wie in den Bemerkungen definiert wird, bereits gegeben, viele Spitäler sind selbständige Unternehmen in einer Rechtsform, welche die erbrachten Gewinne zur Erhaltung ihrer Tätigkeit reinvestieren. Lit. e greift in die unternehmerische Freiheit ein und widerspricht erneut dem Wettbewerbsgedanken im KGV. Der Artikel ist deswegen ersatzlos zu streichen.

Paragraph 5, Absatz 1, Lit. f:

Die Regelung führt zu einer unnötigen Erschwerung, Verlangsamung und Bürokratisierung des Investitionsprozesses. Es braucht deshalb auch keine kantonale Regelung zum Beschaffungsrecht, weil dieses bereits international, national und interkantonal geregelt ist. In der Regel ist es ineffizient und führt zu überhöhten Preisen sowie schlechten Leistungen. Auch dieser Artikel ist ersatzlos zu streichen.

Paragraph 5, Absatz 2:

In der Spitalplanung 2012 hat sich das neu eingeführte „Basispaket effektiv“ sehr bewährt, nun wird es durch diesen Absatz mehr oder weniger aufgehoben. Spitäler müssen entweder aufwendig aufrüsten, mit Mitteln, die eigentlich zur Versorgung der Patienten notwendig wären, oder schliessen. Die Bestimmung steht zudem im Widerspruch zur geforderten Mindestfallzahlen. Es wird einerseits eine Konzentration der Eingriffe gefordert, ohne dass erwiesen ist, in wie fern die Qualität dadurch gesteigert wird, andererseits soll wiederum gewährleistet sein, dass die Bevölkerung ohne grossen Verzug eine die nötige Versorgung erhält.

Paragraph 6, Absatz 1:

Die Standortbezogenheit: es ist sehr unwahrscheinlich, dass ein Spital während einer Periode des Leistungsauftrages telquel den Standort mit seinen Gegebenheiten und Eigenschaften in kürzester Zeit verlegt. Allerdings gibt es Spitalstrukturen, wo ein Spital zwei Standorte betreibt. Dort werden die Häuser gemäss Bundesgerichtsentscheid ja schon als verschiedene Standorte behandelt und einzeln betrachtet. So ist vom einten Standort ein Leistungsauftrag auf den anderen nicht übertragbar (leider!), auch wenn die infrastrukturellen Leistungen, Dienstleistungen, Leistungserbringer und Abläufe die identischen sind. Zudem steht die Bestimmung im Widerspruch zu den geforderten Mindestfallzahlen. Die Versorgungssicherheit ist durch solche Regulationen viel mehr bedroht und durch rigiden Regulatismus zu wenig flexibel geworden.

Paragraph 6, Absatz 1 Lit. b:

Der Begriff sinnvoll ist ebenfalls schwammig, wie der Begriff nachhaltig, die medizinische Versorgung folgt wissenschaftlichen Kriterien auf der Grundlage der medizinischen Wissenschaft. Eine Handlung als sinnvoll zu bezeichnen, liegt meistens im Ermessen des

Leistungserbringers, auf dem Boden seiner Fachkenntnis.

Ambulante Pflichtleistungen zu definieren, kommt einer ambulanten Spitalliste gleich. Das steht im Widerspruch zum KVG, zur KVV und KLV. Diese setzen nämlich fest, unter welchen Bedingungen ein Leistungsauftrag vergeben wird. Hier gibt es keinen Raum für kantonale Bestimmungen. Quersubventionierungen über einen Leistungsauftrag im stationären Bereich widersprechen dem KVG im Rahmen der Tarifregeln, da sie eine Quersubventionierung darstellt. Zusammenfassend ist die ambulante Versorgung kein Teil der Spitalplanung nach KVG. Vielmehr müsste der Gesetzgeber darum bemüht sein, endlich auch von offizieller Seite anzuerkennen, dass Tarife im ambulanten Bereich nicht kostendeckend sind, der Rückgriff aber auf Quersubventionierung ist unhaltbar.

Quersubventionierung stationär/ ambulant im Spital sind zudem eine klare Benachteiligung der Praxen und dem Wettbewerb im ambulanten Sektor. Also soll der Kanton hier nicht den Wettbewerb negativ beeinflussen bzw. eingreifen, kann sich aber sehr gerne darum bemühen, dass ambulante Leistungen endlich wieder nach den Vorgaben des KVGs erfolgen. Auch diese Verordnung zeigt klar auf, dass es in Richtung Staatsmedizin geht, das Stimmvolk hat klar in mehreren Abstimmungen eine freie Medizin unterstützt.

Paragraph 6, Absatz 1, Lit. c:

Vorab gilt es zu bemerken, dass die WZW-Kriterien den Krankenversicherern zur Prüfung anheimfallen. Der Kanton hat hier als Schiedsrichter nichts zu suchen. Ihm fällt die Aufgabe zu, Tarifgenehmigungen auf die KVG-Konformität zu überprüfen. Die Entschädigungs-Systeme sind Teil der Unternehmensführung und bedürfen keiner Regulierung. Zusammenfassend schreibt das KVG leistungsbezogene Entschädigungen vor. Dieser Absatz verhindert faktisch ein Belegarzt-System und beeinträchtigt somit die im KVG vorgesehene Wahlfreiheit der Patienten. WZW-Kriterien sind zu schwammig und können für Entschädigungssystem nicht verwendet werden. Es kommt der Verdacht auf, dass sich der Kanton mit WZW das Instrument verschaffen möchte, die Löhne der Leistungserbringer zu diktieren, was allen bisher geltenden Regeln widerspricht. WZW ist eine Frage der Qualität und nicht der Entschädigungen. Hier muss auch festgehalten werden, dass die Indikationsqualität richtungsweisend ist für die Behandlungen, die Indikationsqualität kann in Qualitätsmessungen erfasst werden und sind Teile der fachgesellschaftlichen Tätigkeit, allfällig der Spitäler, aber sicher nicht der kantonalen Gesetzgebung.

Paragraph 6, Absatz 3:

Der Begriff des Überangebotes ist natürlich sehr problematisch. Wer soll das bestimmen bzw. messen? Zudem steht es im Widerspruch zur klaren Absicht der kantonalen Gesetzgebung, dass Listen-Spitäler in der Regel selbständige, wie ein mittleres Unternehmen funktionierende Betriebe sind. Jeder, in der freien Wirtschaft tätige Betrieb muss überleben, die laufenden Kosten decken und für die Zukunft investieren. Deshalb ist es auch unumgänglich, dass diese Institutionen gewisse Renditen erwirtschaften, um später wieder zu reinvestieren. Der in Absatz 3 aufgeführte Zustand, der vor allem auf humanitären Beistand ausgerichteten Haltung eines Leistungserbringers, kommt klar aus Zeiten, als die Spitäler noch Institutionen der Gemeinden und des Kantons waren und Defizitgarantien hatten. In der heutigen Situation gilt es, den humanitären Charakter selbstverständlich vollumfänglich zu erfüllen, aber trotzdem die wirtschaftliche Freiheit zu gewährleisten. Es geht darum, dass gute Leistung und Patientenzufriedenheit massgebend sein soll, die Rechtsform und das Engagement des Leistungserbringers sind in diesem Sinne sekundär. Es bleibt unklar, was mit grösstmöglichen gemeinnützigen Ausrichtungen gemeint ist. Übrigens widersprechen sich Gewinnorientierung/ Gemeinnützigkeit überhaupt nicht, es soll zusammenfassend der qualitativ Bessere und schon rein aus Wirtschaftlichkeit sich logisch ergebend, der Kostengünstigere den Leistungsauftrag erhalten.

Paragraph 6, Absatz 4:

Dieser Gesetzesartikel tönt sehr innovativ, ist aber im Endeffekt unklar. Auch hier erscheint ein Widerspruch zum KVG. Hier fehlen auch die gesetzlichen Grundlagen, damit der Kanton Mittel für solche Modelle zur Verfügung stellen kann.

Paragraph 7a, Absatz 1:

Wir unterstützen hier die Stellungnahme der AGZ und des VKZs im Rahmen dieser Vernehmlassung: Die Massnahme führt faktisch zu einer Mengenbegrenzung und ist mit dem Wettbewerbsgedanken des KVGs nicht vereinbar. Mengenbeschränkungen von OKP-Leistungen stehen zudem einzig und allein dem Bundesgesetzgeber zu und sind gemäss bisheriger Rechtsprechung nicht zulässig. Dies anerkennt der Regierungsrat selber in seiner Antwort auf die Motion 125/2017. Dort wird festgehalten: „Für die Vergütung der stationären Behandlung schreibt Art. 49 Abs. 1 KVG Fallpauschalen vor. Die Pauschalen beruhen auf der gesamtschweizerischen einheitlichen Tarifstruktur SwissDRG. Diese muss gemäss Art. 49 Abs. 2 KVG durch den Bundesrat genehmigt werden. Die geltende Tarifstruktur sieht keine degressiven Tarife vor. Sie ist für die Spitäler verbindlich: Nach Art. 44 Abs. 1 KVG müssen sich die Spitäler an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten. Eine kantonrechtliche Pflicht für degressive Tarife wäre daher mit dem Bundesrecht nicht vereinbar“. Die Vorgabe würde also der Antwort des Regierungsrates widersprechen und somit zur Rechtsunsicherheit führen. Zudem würde im schlechtesten Fall ein Spital Patienten abweisen oder Eintritte verzögern. Dies würde eine klare Verschlechterung der Versorgungsqualität mit sich bringen und die „Zweitklassenmedizin“ etablieren. Dies kann nicht im Sinne einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sein, wie sie der Kanton Zürich bisher gewohnt ist.

Da das SPFG nur für Spitäler im Kanton Zürich gilt, würde die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten eingeschränkt und die ausserkantonale Hospitalisation unnötig gefördert. Dies schwächt den Wirtschaftsstandort Kantons Zürich. Der Kanton hat wiederholt proklamiert, er wolle den Qualitätswettbewerb stärken. Diese Vorgabe würde jedoch zu einer „Bestrafung“ von gut arbeitenden Spitälern führen und den Qualitätswettbewerb behindern. Solange die Einführung von Mengenbeschränkungen und (indirekten) Globalbudgets auf Bundesebene nicht vollständig geklärt sind, sollte diese nicht auf kantonaler Ebene eingeführt werden, da dies mit einer Rechtsunsicherheit für den Kanton Zürich einhergehen würde. Ergänzend sei erwähnt, dass überall, wo Globalbudgets eingeführt worden sind in Europa, die Versorgungssicherheit stark gelitten und zu langen Wartezeiten geführt hat. Natürlich trifft es dann immer die Patientinnen und Patienten, für die man vorgibt, zu deren Wohl man solche Gesetzgebungen eingeführt habe...

Paragraph 7, Absatz 2, Lit. a:

Hier versucht der Kanton auf die Prozessqualität einzugreifen. Dies ist nicht nachvollziehbar. Die Kontrolle der Indikationsqualität oder die Verpflichtung zur Einholung von Zweimeinung vor Durchführung einer Behandlung ist Sache der medizinischen Leistungserbringung und gehört eigentlich in die Hände der Fachgesellschaften. Wenn schon, müssten hier die Fachgesellschaften miteinbezogen werden, dies aber gesetzlich zu regeln, ist nicht sinnvoll.

Paragraph 7a, Absatz 2, Lit b:

In anderen Kantonen haben sich Massnahmen, wie die Genehmigungspflicht von Grossinvestitionen nicht bewährt. Diese Planwirtschaft, wie sie z.Bsp. in Westschweizer Kantonen besteht, hat nicht zu tieferen Gesundheitskosten geführt, ganz im Gegenteil. Im KVV ist festgesetzt, dass die Planung von Leistungen des Spitals nicht kapazitätsorientiert, sondern leistungsorientiert zu erfolgen hat. Diese Vorgabe kann somit einen Widerspruch zum KVG bedeuten und zu Rechtsunsicherheiten führen.

Paragraph 9, Absatz 1:

Dieser Artikel erscheint unnötig. Der Kanton greift in die unternehmerische Freiheit ein und verschafft sich so ein vollumfängliches Planungsrecht, das unnötig ist. Er verfestigt die damit bereits problematische Mehrfachrolle als Spitalbetreiber, Finanzierer sowie als Zulassungs- und Aufsichtsbehörde. Wie der Sozialismus schon gezeigt hat, ist eine solche Planwirtschaft meistens deletär. Zudem steht es auch im Widerspruch zum Wettbewerbsgedanken, der im KVG klar festgesetzt ist. Warum Vertragsspitäler plötzlich qualitativ sehr viel schlechter sind in den Augen der Bevölkerung als überregulierte Listenspitäler ist nicht nachvollziehbar und aus der Luft gegriffen. In der Regel haben sich wettbewerbsorientierte Institutionen immer besser entwickelt als planwirtschaftliche Kommissariate. Ansonsten schliessen wir uns der Stellungnahme der Gesellschaft der Belegärzte Zürich an. Es sei auch festgehalten, dass die Vorgabe die Listenspitäler benachteiligt bei der Entwicklung von Innovationen und neuen Angeboten.

Paragraph 11, Absatz 1:

Wir schliessen uns hier der Stellungnahme der Gesellschaft Belegärzte Zürich an, dass unter Paragraph 6, Absatz 1 Lit. b Gesagte, kann hier nur wiederholt werden. Die Erweiterung von Subventionen für nicht-kostendeckende ambulante Tarife, was heute primär das Thema ist, ist der völlig falsche Ansatz. Einerseits wird das Prinzip der Kopfprämie damit noch mehr unterwandert und andererseits wird ein falscher Tarif für eine privilegierte Gruppe den spitalambulant tätigen Leistungserbringern korrigiert. Dies widerspricht dem Gleichheitsprinzip und ist willkürlich. Wir weisen die monierten Revisionsbemühungen deshalb zurück.

Das vorliegende Gesetz führt zu einem staatlichen Dirigismus und planwirtschaftlichen Gesundheitsmodell, dessen Elemente bereits in gescheiterter Form aus ausländischen Systemen bekannt sind. Warum hier Fehler reproduziert werden sollen, die bereits gemacht worden sind, ist unverständlich.

Sicher bestehen Probleme punkto Mengenausweitung wegen Fehlanreizen, Verbesserungsbedarf bei der Behandlungsqualität und Nachholbedarf bei in der Qualitätskontrolle. Meines Erachtens sind aber viele Instrumente bereits vorhanden und werden nicht angewandt oder es fehlt der nötige Kontakt und Zusammenarbeit mit den Fachverbänden, die in ihren Bereichen sehr viel mehr zur Verfügung hätten, um diese Problempunkte des Gesundheitswesens anzugehen. Die Idee, die bestehenden Mängel im Gesundheitswesen durch gesetzgeberischen Einfluss zu korrigieren, führt zu staatlichem Dirigismus mit entsprechenden Ausweichbewegungen, die den Bemühungen hinsichtlich eines wirtschaftlichen, fürsorglichen und qualitativ hochstehenden Gesundheitswesens diametral entgegenwirken und sie sogar ins Gegenteil drehen. Die Politik und die Gesetzgebungen sollen Rahmenbedingungen definieren, die Fachkräfte verbindliche qualitative Inhalte.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Patrick Holzmann,
Präsident ZGO, Züricher Gesellschaft der Orthopädischen Chirurgen