



Botschaft des Regierungsrates  
an den Grossen Rat

B 89

**zum Entwurf einer Änderung  
des Gesundheitsgesetzes  
betreffend Aufhebung des  
gespaltenen Rechtsverhältnis-  
ses bei der privatärztlichen  
Tätigkeit der Kaderärztinnen  
und -ärzte der kantonalen  
Spitäler**

# Übersicht

*Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat mit dem Entwurf einer Änderung des Gesundheitsgesetzes, bei der privatärztlichen Tätigkeit der Kaderärztinnen und -ärzte der kantonalen Spitäler das gespaltene durch das einheitliche Rechtsverhältnis abzulösen.*

*Nach dem geltenden Recht gehen Privatpatientinnen und -patienten bei einer ambulanten oder stationären Spitalbehandlung zwei verschiedene Rechtsverhältnisse ein (= gespaltenes Rechtsverhältnis). Das eine besteht mit dem Kanton als Spitalträger. Es untersteht dem kantonalen öffentlichen Recht und umfasst allenfalls die Unterkunft und die Verpflegung, die Pflege und die medizintechnischen Leistungen. Das zweite Rechtsverhältnis kommt mit den privatärztlich tätigen Kaderärztinnen und -ärzten zustande. Es ist zivilrechtlicher Natur und beinhaltet die Behandlung durch diese Ärztinnen und Ärzte. Dafür haben die Kaderärztinnen und -ärzte ihren Privatpatientinnen und -patienten gegenüber einen Honoraranspruch. Die Kaderärztinnen und -ärzte müssen dem Kanton als Spitalträger Abgaben entrichten. Diese sind das Entgelt für die Inanspruchnahme des Spitalpersonals und der Spitalinfrastruktur sowie die Abgeltung für den Sondervorteil, privatärztlich tätig zu sein.*

*Die Rechtslage beim gespaltenen Rechtsverhältnis und bei dem damit verbundenen Abgabesystem ist komplex und bringt verschiedene Unsicherheiten und Probleme mit sich. Auch bei der privatärztlichen Tätigkeit haftet gemäss Bundesgericht der Kanton als Träger eines Spitals nach kantonalem Haftungsrecht für Fehler eines Kaderarztes oder einer Kaderärztin. Weiter werden die Einnahmen aus der privatärztlichen Tätigkeit sozialversicherungs- und steuerrechtlich unterschiedlich behandelt. Die Rechtsprechung dazu ist uneinheitlich und schwer abzuschätzen. Zudem basieren die im Gesundheitsgesetz verankerten Grundsätze für die Honorarabgaben auf der damals richtigen Annahme, dass der festgesetzte Privattarif (Spitalleistungskatalog, SLK) nicht zwischen ärztlicher und medizintechnischer Leistung unterschied. Der SLK wird wegen der Einführung des neuen Medizinertarifs Tarmed nicht mehr weiterentwickelt. Der Tarmed, der heute auch bei der ambulanten privatärztlichen Tätigkeit Anwendung findet, kennt hingegen diese Unterscheidung. Deshalb stimmen die Grundlagen für die Abgabeberechtigung nicht mehr mit der Realität überein. Schliesslich sind die Gebühren für die Spitalleistungen und die Honorare für die privatärztliche Tätigkeit auf verschiedenen Rechtswegen geltend zu machen.*

*Vor diesem Hintergrund haben zwei Arbeitsgruppen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz bereits in den Jahren 1998 und 2002 die Abschaffung des gespaltenen Rechtsverhältnisses empfohlen. Neu sollen die Kaderärztinnen und -ärzte für ihre gesamte Tätigkeit in einem öffentlichen Spital im Angestelltenverhältnis beschäftigt werden (= einheitliches Rechtsverhältnis). Zudem hat eine vom Regierungsrat eingesetzte Projektgruppe den Auftrag, die Anstellungsbedingungen der Spitalärztinnen und -ärzte ohne systembedingte Mehrkosten auf eine moderne, transparente und leistungsorientierte Basis zu stellen. Das gespaltene Rechtsverhältnis widerspricht der Stossrichtung dieses Projekts. Das Ziel der kostenneutralen Einführung des neuen Anstellungssystems kann nur mit dem einheitlichen Rechtsverhältnis bei der privatärztlichen Tätigkeit erreicht werden.*

*Die neuen Anstellungsbedingungen sollen nicht erst mit dem neuen Spitalgesetz, das voraussichtlich auf den 1. Januar 2007 in Kraft tritt, sondern bereits am 1. Januar 2006 in Kraft treten. Im Entwurf eines neuen Gesundheitsgesetzes, den der Regierungsrat dem Grossen Rat im Oktober 2004 überwiesen hat, ist vorgesehen, dass die Bestimmungen des heutigen Gesundheitsgesetzes über die kantonalen Spitäler bis zum Inkrafttreten eines neuen Spitalgesetzes weiter gelten sollen. Zu diesen Bestimmungen gehören auch die zu ändernden Paragraphen über das gespaltene Rechtsverhältnis bei der privatärztlichen Tätigkeit.*

# Der Regierungsrat des Kantons Luzern an den Grossen Rat

Sehr geehrte Frau Präsidentin  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen mit dieser Botschaft den Entwurf einer Änderung des geltenden Gesundheitsgesetzes, welche das Rechtsverhältnis bei der privatärztlichen Tätigkeit der Kaderärztinnen und -ärzte der kantonalen Spitäler betrifft.

## I. Heutige Regelung der privatärztlichen Tätigkeit

Nach § 63a Absatz 1 des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 29. Juni 1981 (GesG; SRL Nr. 800) regelt der Regierungsrat die Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte der kantonalen Spitäler. Dazu gehören auch die Kaderärztinnen und -ärzte, also die Chefärztinnen und -ärzte, die Co-Chefärztinnen und -ärzte sowie die Leitenden Ärztinnen und Ärzte. Weiter bestimmt § 63a Absatz 2 GesG, dass der Regierungsrat diesen Arztpersonen bewilligen kann, in angemessenem Umfang privatärztlich tätig zu sein. Mit einer solchen Bewilligung können sie Privatpatientinnen und -patienten behandeln. Sodann umschreibt § 65 Absatz 1 GesG das Rechtsverhältnis zwischen den Patientinnen und Patienten und dem Kanton als Träger der öffentlichen Spitäler. Das Rechtsverhältnis ist öffentlich-rechtlich, sofern es nicht um eine privatärztliche Behandlung geht. Im Kanton Luzern gilt mithin bei der privatärztlichen Tätigkeit das sogenannte gespaltene Rechtsverhältnis. Privatpatientinnen und -patienten gehen demnach zwei verschiedene Rechtsverhältnisse ein. Das eine besteht mit dem Kanton. Es untersteht dem kantonalen öffentlichen Recht und umfasst insbesondere die allfällige Unterkunft und Verpflegung, die Pflege und die medizintechnischen Leistungen. Das andere kommt mit den privatärztlich tätigen Kaderärztinnen und -ärzten zustande. Es ist zivilrechtlicher Natur und beinhaltet die ärztlichen Leistungen der Chefärztinnen und -ärzte, der Co-Chefärztinnen und -ärzte sowie der Leitenden Ärztinnen und Ärzte. Die Kaderärztinnen und -ärzte haben ihren Privatpatientinnen und -patienten gegenüber einen zivilrechtlichen Honoraranspruch.

Als Folge des gespaltenen Rechtsverhältnisses bei der privatärztlichen Tätigkeit haben Kaderärztinnen und -ärzte dem Kanton als Spitalträger Abgaben auf ihren Honoraren zu entrichten. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts können solche Abgaben verschiedene Komponenten aufweisen. Sie können das Entgelt für die Inanspruchnahme der Spitalinfrastruktur für eine private Tätigkeit darstellen und sind insoweit als Benützungsgebühr zu qualifizieren. Sie können zudem als Abgeltung für die Erlaubnis betrachtet werden, in einem Spital ein privates Einkommen zu erzielen. In diesem Fall sind die Abgaben als Vorzugslast zu betrachten. Öffentliche Spitäler werden zu einem erheblichen Teil durch Steuern finanziert. Indem die Kaderärztinnen und -ärzte die Spitalinfrastruktur benützen dürfen, um eine private Erwerbstätigkeit auszuüben, wird ihnen ein wirtschaftlicher Sondervorteil ermöglicht, den sie

nicht oder zumindest nicht in diesem Umfang erzielen könnten, wenn sie nicht von der staatlich finanzierten Spitalinfrastruktur profitieren könnten. Schliesslich können die Abgaben Steuercharakter aufweisen. Dies trifft dann zu, wenn sie progressiv ausgestaltet sind und eine Einkommensbegrenzung zum Ziel haben. Die Abgaben bedürfen einer formellen gesetzlichen Grundlage. Das formelle Gesetz muss mindestens den Kreis der Abgabepflichtigen sowie den Gegenstand und die Bemessungsgrundlage der Abgaben selber festlegen. Bei Steuern muss grundsätzlich die Höhe der Abgabe im formellen Gesetz enthalten sein. Bei Kausalabgaben, zu denen auch die Benützungsgebühren und die Vorzugslasten gehören, ist dem Legalitätsprinzip Genüge getan, wenn das formelle Gesetz die maximale Abgabehöhe im Sinn einer Obergrenze festlegt (BGE 121 I 230 E. 3 S. 234 ff.). Zu erwähnen ist weiter, dass es die Gewährleistung des Eigentums verbietet, den Abgabepflichtigen ihr privates Vermögen oder einzelne Vermögenskategorien durch eine übermässige Besteuerung zu entziehen. Der Steuergesetzgeber ist mithin verpflichtet, die bestehenden Vermögen in ihrer Substanz zu bewahren und die Möglichkeit der Neubildung von Vermögen zu erhalten (= Verbot der konfiskatorischen Besteuerung; BGE 105 Ia 134 E. 3a S. 140 f.). Damit sind den Abgaben auf den privatärztlichen Honoraren nach oben Grenzen gesetzt.

Dieser Rechtsprechung entsprechend bestimmt § 63a Absatz 3 GesG, dass die Abgaben für die Benutzung der Spitaleinrichtungen, die Mitarbeit des Spitalpersonals und den daraus erwachsenden Sondervorteil zu entrichten sind. Der Regierungsrat legt die Höhe der Abgaben fest. Er kann sie linear oder progressiv ausgestalten. Linear ausgestaltete Abgaben dürfen höchstens 65 Prozent, progressiv ausgestaltete Abgaben höchstens 75 Prozent der Einnahmen betragen. Die Abgaben für die privatärztliche Tätigkeit können je nach den medizinischen Fachgebieten unterschiedlich ausgestaltet werden (§ 63a Abs. 4). Zudem hat der Regierungsrat für die privatärztliche Tätigkeit Tarife festzusetzen (§ 63a Abs. 5). Soweit er bezüglich der Anstellungsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte der kantonalen Spitäler keine Regelung trifft, gilt das Personalgesetz (§ 63a Abs. 6).

Die Einzelheiten der privatärztlichen Tätigkeit der Kaderärztinnen und -ärzte sind vorab in der Verordnung über die Rechte und Pflichten der Chefärzte, Co-Chefärzte und Leitenden Ärzte des Kantons (Chefarztverordnung, ChVo; SRL Nr. 823a) geregelt. Unser Rat hat die Höhe der Abgaben in § 43 der Chefarztverordnung festgelegt. Sie sind progressiv ausgestaltet und variieren nach Fachdisziplin und Art der Tätigkeit (stationär oder ambulant). Weiter sind die Verordnung über die Führung, Finanzierung und Verwendung von Pools und Fonds an den kantonalen Spitälern (Poolverordnung; SRL Nr. 823d) und die Verordnung über die Taxen für die privatärztliche und die ambulante Behandlung von Patienten in den kantonalen Spitälern (Taxverordnung II; SRL Nr. 824a) massgebend. Die Rechnungsstellung bei der privatärztlichen Tätigkeit richtete sich vor der Einführung des neuen Medizinaltarifs Tarmed mehrheitlich nach dem Spitalleistungskatalog (SLK). Heute wird der SLK wegen der Einführung des Tarmed nicht mehr weiterentwickelt. Gewisse Bereiche der genannten Verordnungen – wie die Anzahl der zur Verfügung stehenden Privatbetten, die Schaffung von Honorarpools, die Umsatzbeteiligungen der Kaderärztinnen und -ärzte an diesen Pools und die Abgaben – sind in den jeweiligen Bewilligungen für die privatärztliche Tätigkeit konkretisiert.

## **II. Gründe für die Aufhebung des gespaltenen Rechtsverhältnisses**

### **1. Komplexe Rechtslage**

#### **a. Haftpflichtrecht**

Im Kanton Luzern wurde das gespaltene Rechtsverhältnis auf den 1. Januar 1990 eingeführt. Bereits zu diesem Zeitpunkt wurde die Trennung zwischen den beiden genannten Rechtsverhältnissen nicht konsequent gehandhabt. So entschied das Bundesgericht 1986 betreffend den Kanton Zürich, dass auch dann der Staat als Träger eines öffentlichen Spitals haftet, wenn der privatärztlich tätige Chefarzt bei einem Privatpatienten einen Schaden verursacht. Die eigenartige Rechtsform der privatärztlichen Tätigkeit von Chefarzten habe offenkundig besoldungsrechtliche Gründe. Dem geschädigten Patienten oder seinen Hinterbliebenen sei es in der Regel nicht möglich, den Handlungsanteil der verschiedenen an einer Operation beteiligten Personen festzustellen. Damit sei eine einheitliche Rechtsregel notwendig. Die komplizierte Rechtslage, welche der eingeklagte Spitalträger aus Rücksicht auf die Honorarbedürfnisse der Chefarzte geschaffen habe, dürfe haftpflichtrechtlich nicht zu einer Regelung führen, die für die Geschädigten völlig undurchsichtig sei (BGE 112 Ib 334 E. 2c S. 337 f.). Der Kanton Luzern entschied sich trotzdem für das gespaltene Rechtsverhältnis, weil es damals an den öffentlichen Spitälern der Schweiz üblich war. Allerdings bestimmte Ihr Rat unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung, dass bei rechtswidriger Schädigung von Patientinnen und Patienten unabhängig von der Art des Rechtsverhältnisses das kantonale Haftungsrecht, inbegriffen das Rückgriffsrecht, gilt (§ 65 Abs. 2 GesG).

#### **b. Sozialversicherungs- und Steuerrecht**

Die Honorare aus privatärztlicher Tätigkeit werden sozialversicherungs- und steuerrechtlich unterschiedlich behandelt. Zudem ist es schwer abzuschätzen, wie die zuständigen Behörden die Honorare qualifizieren.

Sozialversicherungsrechtlich ergibt sich Folgendes: Die beitragsrechtliche Qualifikation des Erwerbseinkommens aus spitalärztlicher Tätigkeit bestimmt sich nach den wirtschaftlichen Gegebenheiten, unter welchen der Arzt oder die Ärztin ein Entgelt erzielt. Die Frage des Beitragsstatutes beurteilt sich nicht aufgrund eines einzelnen Kriteriums. Vielmehr ist aufgrund der geltenden Anstellungsbedingungen sowie unter Würdigung der tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnisse abzuklären, welche Abgrenzungskriterien überwiegen und damit den Ausschlag geben. Dies kann je nach Situation und Wertung zu unterschiedlichen Resultaten führen. So sind nach einem

Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) betreffend den Kanton Luzern aus dem Jahr 1996 die Honorare der Kaderärztinnen und -ärzte für die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten der Privatabteilung der öffentlichen Spitäler hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Beitragspflicht Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit. Dasselbe gilt für Pooleinnahmen im Sinn von § 42 ChVo (BGE 122 V 281 E. 5 und 6 S. 285 ff.). Damit hat der Kanton Luzern auf diesen Honoraren die entsprechenden Arbeitgeberbeiträge zu entrichten. In einem späteren Entscheid, der die Spitäler des Kantons Genf betraf, kam das EVG für die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten der Privatabteilung zum gleichen Schluss. Weiter hielt es fest, dass die Honorare, welche Chefärztinnen und -ärzte, Co-Chefärztinnen und -ärzte sowie Leitende Ärztinnen und Ärzte für die Betreuung von ambulanten Patientinnen und Patienten in der privaten Sprechstunde erzielen, sozialversicherungsrechtlich als Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit zu gelten haben (BGE 124 V 97 E. 6 S. 98 f.; vgl. auch das Urteil H 74/01 des EVG vom 20. August 2002, E. 3.2). Diese Praxis relativierte das EVG, indem es im Zusammenhang mit einer neuen Infrastrukturabgabe auf den Arzthonoraren an öffentlichen Spitälern, wiederum den Kanton Genf betreffend, sowohl die stationäre wie auch die ambulante privatärztliche Tätigkeit eines Chefarztes als unselbständige Erwerbstätigkeit qualifizierte (Praxis des Bundesgerichts 1999 Nr. 3). Zum gleichen Schluss kam das Gericht im Jahr 2002 bei der Beurteilung der privatärztlichen Tätigkeit eines Chefarztes an einem Regionalspital im Kanton Bern (Urteil H 201/00 des EVG vom 19. März 2002). Offen ist, inwieweit diese Rechtsprechung Auswirkungen auf den Kanton Luzern hat.

Die steuerrechtliche Behandlung der Honorare sieht wie folgt aus: Im Kanton Luzern besteht die Praxis, die Honorare aus der stationären privatärztlichen Tätigkeit als Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit, diejenigen aus ambulanter privatärztlicher Tätigkeit als Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit zu behandeln. Im April 2004 entschied das Schweizerische Bundesgericht jedoch, dass alle Einkünfte aus der privatärztlichen Tätigkeit eines Leitenden Arztes an einem öffentlichen Spital im Kanton Thurgau Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit und somit am Wohnsitz des Steuerpflichtigen steuerbar seien (Urteil 2P.235/2003 vom 5. April 2004). In seiner Begründung führte das Bundesgericht unter anderem aus, dass keine Anhaltspunkte in den Akten bestehen würden, dass das Thurgauer Spital nicht auch vollumfänglich das Risiko der Uneinbringlichkeit der fakturierten Honorare trage. Im Gegensatz dazu bestimmt § 46 Absatz 2 der Luzerner Chefarztverordnung, dass die Spitalverwaltung keine Garantie für den Eingang der Honorare übernehme. Da die Risikoverteilung bei Uneinbringlichkeit der Honorare aber nur eines der Kriterien für die Abgrenzung zwischen Einkommen aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit ist, bleibt offen, ob das Bundesgerichtsurteil den Kanton Thurgau betreffend auch für den Kanton Luzern Auswirkungen hat.

### **c. Geteilter Rechtsweg**

Schliesslich hat die unterschiedliche Natur der beiden Rechtsverhältnisse zur Folge, dass bei streitigen Forderungen unterschiedliche Rechtswege einzuschlagen sind. Das jeweilige Spital hat bestrittene Gebühren für die Unterkunft und die Verpflegung, die pflegerischen und die medizintechnischen Leistungen gegenüber Privatpatientinnen und -patienten mit einer Taxverfügung geltend zu machen. Gegen diese Verfügung sind die kantonalen Rechtsmittel der Verwaltungsbeschwerde und der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegeben. Die privatärztlich tätigen Arztpersonen haben demgegenüber ausstehende Honorare auf dem Zivilprozessweg einzuklagen (§ 9 Abs. 1 Taxverordnung I und § 22 Taxverordnung II). Der Kaderarzt und die Kaderärztin haben alle Honorare, die ihnen aufgrund von Urteilen oder Vergleichen bezahlt werden, sofort der Verwaltung zu melden (§ 46 Abs. 3 ChVo). Die verschiedenen Rechtswege bereiten in der Praxis Schwierigkeiten.

## **2. Empfehlungen der GDK-Arbeitsgruppen**

Wie wir bereits in der Botschaft B 66 zum Entwurf eines neuen Gesundheitsgesetzes vom 19. Oktober 2004 (S. 12 ff.) ausführten, untersuchte eine Arbeitsgruppe der damaligen Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK; heute Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, GDK) in den Jahren 1997 und 1998 die Anstellungsbedingungen der honorarberechtigten Kaderärztinnen und -ärzte. Sie unterbreitete dem SDK-Vorstand im Dezember 1998 entsprechende Empfehlungen. Insbesondere hielt die Arbeitsgruppe fest, dass das gesplattene Rechtsverhältnis überholt sei. Sie schlug vor, dass mit Ausnahme der Belegärztinnen und -ärzte alle in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte im Anstellungsverhältnis beschäftigt werden sollten. Honorargläubiger solle in jedem Fall der Spitalträger und nicht die behandelnde Arztperson sein. Diese Regelung müsse auch für alle im Spital durchgeführten Sprechstunden gelten (Empfehlungen Version 6.2 vom 18. Dezember 1998, Grundsätze C.1a und C.2, Empfehlung 1). Eine Vernehmlassung vom Februar 1999 ergab, dass die Kantone die Stossrichtung der Empfehlungen als richtig bewerten.

Wegen der Einführung des Tarmed und der Neuregelung der Spitalfinanzierung im Zusammenhang mit der zweiten Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) befasste sich seit Ende 2001 eine zweite Arbeitsgruppe der GDK erneut mit der zukünftigen Ausgestaltung der Spitalarztabgeltungen. Sie kam zum Schluss, dass die Empfehlungen der ersten Arbeitsgruppe nach wie vor aktuell seien und in die richtige Richtung weisen würden. Allerdings passte die zweite Arbeitsgruppe die Empfehlungen der aktuellen Entwicklung an. Ihr Bericht vom 17. Oktober 2002 lässt sich folgendermassen zusammenfassen:

Die Arbeitsgruppe gab wiederum die grundsätzliche Empfehlung ab, dass das gesplattene Rechtsverhältnis in Bezug auf die allgemeine spitalärztliche und die privatärztliche Tätigkeit überholt sei und aufgehoben werden sollte. Mit Ausnahme der



Belegärztinnen und -ärzte sollten alle in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte, einschliesslich der Chefärztinnen und -ärzte, im Anstellungsverhältnis beschäftigt werden. Es solle mithin das einheitliche Rechtsverhältnis gelten. Honorargläubiger für die ärztlichen Leistungen sei somit in jedem Fall das Spital und nicht die behandelnde Arztperson (C.1a und C.2, Empfehlung 1). Begründet wurde diese Empfehlung damit, dass die im Kapitel II.1 beschriebene unterschiedliche Behandlung der privatärztlichen Tätigkeit im Haftpflicht-, im Sozialversicherungs- und im Steuerrecht oft nicht verstanden werde und zu Auseinandersetzungen und Konflikten führen könne (B.16). Zudem sei der Tarmed im Gegensatz zum SLK insofern ein durchwegs gesplitteter Tarif, als er zwischen ärztlicher und technischer Leistung unterscheide.

Deshalb dürften die bisherigen Abgaben für die Inanspruchnahme der Spitalinfrastruktur und des Spitalpersonals zu überarbeiten sein. Gerechtfertigt sei nur noch eine Abgabe für den Sondervorteil. Sie zu kalkulieren, sei aber sehr schwierig. Die gesamte Problematik rufe nach einem Wechsel zum einheitlichen Rechtsverhältnis. Damit würden auch die Probleme im Zusammenhang mit den Spitalabgaben – wie die Rechtsgrundlage, das Verbot der konfiskatorischen Besteuerung, der Kalkulation der Abgaben und die Diskrepanz zwischen der steuer- und der sozialversicherungsrechtlichen Klassifikation – entfallen (B.42).

Weiter empfahl die zweite GDK-Arbeitsgruppe, die Tätigkeit der Spitalärztinnen und -ärzte in Zukunft leistungs- und ergebnisorientiert abzugelten. Die Erfüllung von Führungsaufgaben durch diese Ärztinnen und Ärzte solle gebührend abgegolten werden. Zudem sollten die Tarife und die Finanzierung transparenter und sachgerechter gestaltet werden. Schliesslich sollten die Anreize für unwirtschaftliche und unzweckmässige Eingriffe und Massnahmen entfallen (C.1b bis e).

Schliesslich hielt die Arbeitsgruppe in ihren Empfehlungen fest, dass die Auswirkungen der vorgeschlagenen Massnahmen, verglichen mit der bisherigen Situation, auf den ersten Blick für Teile der Ärzteschaft als eher ungünstig erscheinen könnten. Bei nüchterner Betrachtung erweise sich indessen, dass die empfohlenen Änderungen durchaus geeignet seien, der Spitalärzteschaft mittel- und längerfristig ein angemessenes leistungsbezogenes Berufseinkommen zu sichern und die Unsicherheit in der Entwicklung der ärztlichen Einkommen zu beschränken (B.44).

### **3. Das Projekt LAOLA**

Da von verschiedenen Seiten geltend gemacht wurde, dass die aktuellen Anstellungsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte der kantonalen Spitäler den heutigen und den künftigen Anforderungen, wie dem Tarmed, der neuen Spitalfinanzierung, der im Jahr 1999 eingeleiteten Totalrevision des Gesundheitsgesetzes mit einem neuen Spitalgesetz, den neuen Leitungs- und Organisationsstrukturen in den kantonalen Spitälern und der Arbeitsgesetzgebung, nicht mehr genügen würden, beauftragten wir das Gesundheits- und Sozialdepartement im November 2003, einen Vorschlag für die Neugestaltung der Anstellungsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte der öffent-

lichen Spitäler auszuarbeiten. Das Projekt LAOLA (= Leistungsorientierte Anstellungsordnung der Luzerner Ärztinnen und Ärzte) soll die Anstellungsbedingungen aller Spitalärztinnen und -ärzte auf eine moderne, transparente und leistungsorientierte Basis stellen. Wir haben dabei allerdings die Auflage gemacht, dass die neuen Anstellungsbedingungen, insbesondere die neuen Entschädigungsmodelle, insgesamt zu keinen systembedingten Mehrkosten führen dürfen. Auf der anderen Seite soll damit gesamthaft nicht gespart werden. Denn es gilt ebenso, die kantonalen Spitäler als attraktive Arbeitgeber für Kaderärztinnen und -ärzte zu erhalten. LAOLA umfasst auch die Neugestaltung der Anstellungsbedingungen der Kaderärztinnen und -ärzte. In der entsprechenden Projektgruppe sind auch Kaderärzte vertreten.

Die Projektgruppe schlägt zusammengefasst folgendes Besoldungssystem vor: Der in der Chefarztverordnung festgelegte pauschale jährliche Grundlohn von zurzeit etwas über 140 000 Franken für die Chefärztinnen und -ärzte beziehungsweise von etwas über 133 000 Franken für die Leitenden Ärztinnen und Ärzte und die Co-Chefärztinnen und -ärzte sowie die ausserordentlichen Zulagen von maximal 150 Prozent des Grundlohnes sollen durch einen höheren Grundlohn ersetzt werden. Der Grundlohn soll das Entgelt für die Erfüllung der dienstlichen Aufgaben sein. Hinzu sollen Funktionszulagen für Tätigkeiten in der Spitalleitung oder für die Leitung eines Departementes im Spital kommen. Weiter sollen die absolvierten Dienste, wie zum Beispiel der 24-Stunden-Notfalldienst, mit einer Zulage abgegolten werden. Neben diesen fixen Besoldungsbestandteilen soll nach der Projektgruppe ein variabler Lohn ausbezahlt werden. Neu soll sich dessen Höhe an vorher vereinbarten Zielen orientieren. Die Ziele für den einzelnen Kaderarzt oder die einzelne Kaderärztin sollen von den Unternehmens- beziehungsweise Departementszielen des jeweiligen Spitals abhängen. Sie können Vorgaben im Bereich der Führungs-, der Fach- und der Sozialkompetenz, aber auch leistungs- und ergebnisorientierte Zielsetzungen, wie Kennzahlen über die zu behandelnden Privatpatientinnen und -patienten, beinhalten. Der variable Lohn soll also nur noch zum Teil vom Einsatz im privatärztlichen Bereich abhängen. Dementsprechend wird es nicht mehr wie heute eine direkte Honorarauszahlung beziehungsweise Poolbeteiligung aus privatärztlicher Tätigkeit geben.

Das mit dem gespaltenen Rechtsverhältnis zwingend verbundene Abgabensystem hat die Abgeltung der Infrastruktur- und Personalkosten und des Sondervorteils sowie eine gewisse Einkommensbegrenzung und nicht die leistungsorientierte Entlohnung der Kaderärztinnen und -ärzte zum Ziel: Der Kanton zieht den Kaderärztinnen und -ärzten von ihren Honoraren beziehungsweise Poolbeteiligungen einen bestimmten progressiv bemessenen Betrag ab. Das gespaltenen Rechtsverhältnis widerspricht mithin der Stossrichtung des Projekts LAOLA. Zudem kann das neue Abgeltungssystem wegen der restriktiven Vorgaben der Rechtsprechung zum Abgaberecht, die beim gespaltenen Rechtsverhältnis beachtet werden müssen, nicht ohne systembedingte Mehrkosten umgesetzt werden.

### III. Die Änderungen im Einzelnen

#### *§ 63a Absätze 2, 3, 4 und 5*

Der Regierungsrat soll auch in Zukunft die Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte der kantonalen Spitäler festlegen. Deshalb schlagen wir keine Änderung von § 63a Absatz 1 GesG vor.

Zu Absatz 2 ist Folgendes zu bemerken: Mit der Einführung des einheitlichen Rechtsverhältnisses soll es den Kaderärztinnen und -ärzten weiterhin möglich sein, Privatpatientinnen und -patienten stationär oder in der privaten Sprechstunde zu behandeln. Dabei soll die privatärztliche Tätigkeit bewilligungspflichtig bleiben. Primärer Auftrag der öffentlichen Spitäler ist die Grundversorgung der Kantonseinschwohnerinnen und -einswohner und nicht die Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten. Die Bewilligungspflicht soll sicherstellen, dass dieser Grundauftrag nicht beeinträchtigt wird. Entsprechend den tatsächlichen Verhältnissen sollen neben den Chefärzten und den Leitenden Ärzten neu auch die Co-Chefärzte als mögliche Bewilligungsinhaber genannt werden.

Im Gesetzestext soll der Wechsel vom gespaltenen zum einheitlichen Rechtsverhältnis insofern verdeutlicht werden, als in Absatz 2 neu ausdrücklich erwähnt wird, dass die Kaderärztinnen und -ärzte mit dieser Bewilligung im Namen und auf Rechnung des Kantons privatärztlich tätig sind. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass der Kanton als Spitalträger das Rechtsverhältnis mit den Privatpatientinnen und -patienten eingeht und auch Gläubiger der Gebühren für die ärztlichen Leistungen ist. Entsprechend dieser Ausgangslage wird weiter in einem zweiten Satz festgehalten, dass der Regierungsrat bei der Festsetzung der Besoldung der Kaderärztinnen und -ärzte die Einnahmen des Kantons aus der privatärztlichen Tätigkeit in angemessener Weise berücksichtigt. Auf welche Weise er dies tut, soll auch nach neuem Recht auf Verordnungsstufe festgesetzt werden. Es gilt nach wie vor, dass die Anstellungsbedingungen der Kaderärztinnen und -ärzte rasch den Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt angepasst werden müssen. Dabei soll dem Regierungsrat ein weites Ermessen eingeräumt werden. Die Kaderärztinnen und -ärzte sollen allerdings keinen Anspruch mehr auf Honorare oder Poolbeteiligungen aus der privatärztlichen Tätigkeit haben. Mit der vorgeschlagenen Formulierung kann das Besoldungssystem so ausgestaltet werden, wie es in Kapitel II.3 beschrieben wurde.

Mit den Ergänzungen in Absatz 2 können die Absätze 3 und 4 aufgehoben werden. Sie regeln aufgrund des gespaltenen Rechtsverhältnisses die Erhebung der Abgaben auf den privatärztlichen Honoraren in den Grundzügen (Abgabesubjekt, Abgabeobjekt, Bemessungsgrundlage der Abgabe). Da das gespaltene Rechtsverhältnis aufgehoben werden soll, ist dies nicht mehr notwendig.

In Absatz 5 soll gleich wie in Absatz 2 neu der Co-Chefarzt erwähnt werden. Im Übrigen soll der Regierungsrat bei privatärztlicher Tätigkeit nach wie vor die Tarife festsetzen. Schliesslich soll wie heute subsidiär das Personalrecht des Kantons zur Anwendung kommen (§ 63a Abs. 6). Erst mit dem neuen Spitalgesetz sind diese Zuständigkeiten neu zuzuordnen.

### *§ 65 Absätze 1 und 2*

In Absatz 1 wird die Aufhebung des gespaltenen Rechtsverhältnisses nochmals dadurch ausgedrückt, dass der heutige Vorbehalt zugunsten der privatärztlichen Tätigkeit gestrichen wird. Kaderärztinnen und -ärzte werden in Zukunft Privatpatientinnen und -patienten im Namen und auf Rechnung des Kantons behandeln (§ 63a Abs. 2). Ein direktes Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Ärztin einerseits und Privatpatient oder -patientin andererseits besteht damit nicht mehr. Das Verhältnis zwischen Kanton und Patient oder Patientin soll im Hinblick auf die angestrebte Vereinfachung der Rechtslage auch im privatärztlichen Bereich öffentlich-rechtlich sein.

Wegen der Aufhebung des gespaltenen Rechtsverhältnisses ist es nicht mehr notwendig, in Absatz 2 festzuhalten, dass auch bei der privatärztlichen Tätigkeit das Haftungsrecht des Kantons gilt.

Zum Inkrafttreten der vorgeschlagenen Änderung und zu ihrem Verhältnis zum Entwurf eines neuen Gesundheitsgesetzes sowie zum künftigen neuen Spitalgesetz ist Folgendes anzumerken: Das Projekt LAOLA soll zügig abgeschlossen werden. Die neuen Anstellungsbedingungen der Kaderärztinnen und -ärzte sollen mithin nicht erst mit dem neuen Spitalgesetz, das voraussichtlich auf den 1. Januar 2007 in Kraft treten wird, eingeführt werden. Vielmehr sollen sie – wie das neue Gesundheitsgesetz – wenn möglich bereits ab 1. Januar 2006 gelten. Allerdings bedingt diese Teilrevision insbesondere Änderungen der Chefarztverordnung. Diese Änderungen können wir erst nach Ablauf der Referendumsfrist vorbehaltlos beschliessen. Sodann müssen die geltenden Anstellungsverhältnisse der Kaderärztinnen und -ärzte in das neue Recht übergeführt werden. Um auf allfällige Verzögerungen im Gesetzgebungsverfahren oder bei der Erarbeitung der neuen Verordnungen reagieren zu können, schlagen wir vor, dass unser Rat das Inkrafttreten der Gesetzesänderung bestimmt.

Im Entwurf zum neuen Gesundheitsgesetz in unserer Botschaft B 66 vom 19. Oktober 2004 ist vorgesehen, dass die Bestimmungen über die kantonalen Spitäler des geltenden Gesundheitsgesetzes (bis zum Inkrafttreten eines neuen Spitalgesetzes) nicht aufgehoben werden sollen (§ 60 Abs. 1a). Zu diesen Bestimmungen (§§ 62–66 sowie § 74) gehören auch die zu ändernden Paragraphen über das gespaltene Rechtsverhältnis bei der privatärztlichen Tätigkeit. Tritt das neue Gesundheitsgesetz wie geplant auf den 1. Januar 2006 in Kraft, gelten damit gleichwohl die geänderten Bestimmungen des aktuellen Gesundheitsgesetzes weiter. Sollte das neue Gesundheitsgesetz nicht auf den 1. Januar 2006 in Kraft treten, bleibt ohnehin das heute geltende wirksam.

Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, wir beantragen Ihnen, dem Entwurf einer Änderung des Gesundheitsgesetzes zuzustimmen.

Luzern, 22. März 2005

Im Namen des Regierungsrates  
Der Schultheiss: Max Pfister  
Der Staatsschreiber: Viktor Baumeler

Nr. 800

# **Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz)**

## **Änderung**

*Der Grosse Rat des Kantons Luzern,*

nach Einsicht in die Botschaft des Regierungsrates vom 22. März 2005,  
*beschliesst:*

### **I.**

Das Gesundheitsgesetz vom 29. Juni 1981 wird wie folgt geändert:

#### **§ 63a**    *Absätze 2, 3, 4 und 5*

<sup>2</sup> Er kann den Chefärzten, den Co-Chefärzten und den Leitenden Ärzten bewilligen, in angemessenem Umfang im Namen und auf Rechnung des Kantons privatärztlich tätig zu sein. Bei der Festsetzung ihrer Besoldung berücksichtigt der Regierungsrat in geeigneter Weise die Einnahmen des Kantons aus privatärztlicher Tätigkeit.

Die Absätze 3 und 4 werden aufgehoben.

<sup>5</sup> Der Regierungsrat setzt für die privatärztliche Tätigkeit der Chefärzte, der Co-Chefärzte und der Leitenden Ärzte Tarife fest.

#### **§ 65**    *Absätze 1 und 2*

<sup>1</sup> Das Rechtsverhältnis zwischen Patient und kantonaler Heilanstalt ist öffentlich-rechtlich.

<sup>2</sup> Bei rechtswidriger Schädigung des Patienten wird das kantonale Haftungsrecht, inbegriffen das Rückgriffsrecht, angewendet, wobei Forderungen nach Schadenersatz und Rückgriff innert fünf Jahren geltend zu machen sind.

## II.

Der Regierungsrat bestimmt das Inkrafttreten. Die Änderung unterliegt dem fakultativen Referendum.

Luzern,

Im Namen des Grossen Rates

Die Präsidentin:

Der Staatsschreiber: