

Regierungsratsbeschluss

vom 22. Oktober 2018

Nr. 2018/1640

KR.Nr. I 0120/2018 (DDI)

Interpellation Stephanie Ritschard (SVP, Riedholz): Transparenz bei den Kaderlöhnen unserer Spitäler Stellungnahme des Regierungsrates

1. Vorstosstext

Laut einer aktuellen und unabhängigen Studie sind die Löhne bei der Solothurner Spitäler AG soH überdurchschnittlich hoch. Zeitungsartikel im az „Der grösste Teil der Spital-Kaderärzte verdient mehr als die Regierungsräte“ von Lucien Fluri am 21.6.2018 um 06.00 Uhr. Nicht nur einige Spezialisten mit eigener Praxis, sondern auch angestellte Kaderärzte in Spitälern können auf enorm hohe Einkommen kommen. Gemäss neusten Daten der Spitäler AG verdienen 88 Kaderärzte mehr als die bestbezahlten Chefbeamten, mehr als der Staatsschreiber und die Oberrichter und auch mehr als unsere Regierungsräte. Sowohl in der Öffentlichkeit als auch seitens der Politik ist eine gewisse Empörung über die hohen Löhne bei den Chefärzten spürbar. Obwohl die Spitäler privatisiert wurden, gehören sie zu 100% dem Kanton, werden also staatlich subventioniert und leben von öffentlichen Geldern. Das unternehmerische Risiko trägt somit der Kanton, d.h. der Steuerzahler. Die Ärzte hingegen sind nicht mit Unternehmern oder Managern in reinen Privatunternehmen zu vergleichen, da sie ein geringes unternehmerisches Risiko tragen. Wenn wir über die Löhne der 30 Chefärzte und 104 leitenden Ärzte reden, geht es grossmehrerheitlich um öffentliche Gelder. Obwohl diese Ärzte vom Gesamtarbeitsvertrag Staatspersonal profitieren, fehlen die dazugehörigen Pflichten, z.B. bezüglich der Transparenz. Auch unsere zuständige Gesundheitsdirektorin hat gegenüber den Medien mehr Transparenz bei den Ärztelöhnen als «durchaus erwünscht» bezeichnet. Daher stelle ich dem Regierungsrat folgende Fragen:

1. Wie rechtfertigen sich solch hohe Entschädigungen ökonomisch und staatspolitisch?
2. Untersteht die Spitäler AG soH dem Öffentlichkeitsprinzip? Wenn nein, gemäss welcher gesetzlichen Grundlage wird hier eine Ausnahme gemacht?
3. Werden in der Spitäler AG soH Boni ausbezahlt? Wie hoch sind diese? Orientieren sie sich an der Menge der Gesundheitsleistungen oder an Qualitätsindikatoren wie etwa Patientenzufriedenheit und medizinische Ergebnisse?
4. Inwiefern können Chefärzte beim Honorarpool selbst über ihren Lohn mitentscheiden und inwieweit könnten damit Fehlanreize zu unnötigen Behandlungen führen?
5. Gibt es Möglichkeiten für Chefärzte und leitende Ärzte, das elektronische Abrechnungs- und Leistungserfassungssystem so zu manipulieren und zu ihren Gunsten zu verfälschen, dass sich ihre Honorarbezüge so aus dem Pool erhöhen? Gab es in der Vergangenheit solche Fälle wie im Kanton Aargau publik wurde?
6. Wie hoch ist die Gesamtsumme an Ärztehonoraren, welche an Angestellte des Kantons Solothurns 2017 ausbezahlt wurden? Wie gestaltete sich dabei die Bandbreite bei Chefärztinnen/-ärzten, bei leitenden Ärztinnen/Ärzten oder bei Oberärztinnen/-ärzten? Bitte jeweils um Angabe der minimalen und maximalen Zahlung sowie die Anzahl berechtigter Personen.
7. Wie war die Entwicklung der gesamthaft ausbezahlten Arzthonorare in den letzten fünf Jahren?

8. Wie beurteilt der Regierungsrat die Massnahme M03 «Aufnahme von Spitälern auf Spitalliste in Abhängigkeit der Entschädigung interner und externen Fachkräfte (mengenbezogene Boni, Kickbacks)» der Expertengruppe des Bundesrates? Ohne Änderung der Anreize wird sich in Sachen Kostenentwicklung wenig ändern.
9. Wie beurteilt die Regierung die Möglichkeit der Einführung eines Lohndeckels, ähnlich wie in den Kantonen Waadt und St. Gallen sowie in anderen staatsnahen Organisationen?
10. Wie beurteilt der Regierungsrat die Lösung im Kanton Luzern, wo das honorarbasierte Lohnsystem vor mehr als zehn Jahren abgeschafft wurde und Chefärzte sowie die übrigen Kaderärzte keine Honorare aus der Behandlung von Privatpatienten erhalten und nicht umsatzbasiert bezahlt werden? Auch am CHUV (Universitätsspital Lausanne) ist das maximale Einkommen aus Honoraren begrenzt. Trotzdem scheinen diese Spitäler zu funktionieren. Worin sieht der Regierungsrat den Vorteil eines Honorarbezuges?
11. Wie viel Prozent der honorarberechtigten Ärzteschaft sind Frauen? Wie hoch war der durchschnittliche Honorarbezug pro Frau? Falls es Unterschiede gibt, wie erklären sich diese?
12. Wie viel Prozent der honorarberechtigten Ärztinnen/Ärzte besitzen nicht die Schweizer Staatsbürgerschaft? Wie hoch war der durchschnittliche Honorarbezug pro Schweizer Ärztin/Arzt und pro Ärztin/Arzt mit ausländischer Staatsbürgerschaft? Falls es Unterschiede gibt, wie erklären sich diese?
13. Ein häufiges Argument zur Auszahlung von Honoraren ist, dass nur so Top-Ärzte/Top-Ärztinnen für die Arbeit an öffentlichen Spitälern verpflichtet werden können. Ist die Regierung ebenfalls dieser Ansicht? Wenn ja, auf welche Grundlage stützt sich die These, dass nur ein Arzt/eine Ärztin mit hohem Einkommen ein guter Arzt/eine gute Ärztin ist? Ist aus Sicht des Regierungsrates das Arzthonorar ein geeigneter Incentive und wie ist die Begründung dafür?
14. Wie und von wem wird kontrolliert, ob und wie die Chefärzte neben privatärztlicher Tätigkeit noch ihren allgemeinen Aufgaben und Pflichten nachkommen?
15. Wie gedenkt der Regierungsrat allgemein im Gesundheitswesen mehr Transparenz über Kosten, Finanzströme, Leistungen und Qualität zu schaffen? Nur mit Transparenz sind weitere Reformen zielführend (vgl. Massnahme M04 «Schaffung notwendiger Transparenz» der Expertengruppe des Bundesrates).

2. Begründung

Im Vorstosstext enthalten.

3. Stellungnahme des Regierungsrates

3.1 Vorbemerkungen

3.1.1 Spitalversorgung und Spitalfinanzierung

Die Spitalversorgung der Solothurner Bevölkerung wird insbesondere durch den Erlass der vom KVG vorgesehenen Spitalliste sichergestellt. Diese umfasst sämtliche Leistungsaufträge an die inner- und ausserkantonalen Spitäler. Dabei ist die Solothurner Spitäler AG (soH) ein Spital wie jedes andere der insgesamt 23 Spitäler auf der Spitalliste des Kantons Solothurn. Unabhängig davon, ob es sich um öffentliche oder private Spitäler handelt, muss der Kanton Solothurn gemäss KVG für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn die Vergütungen für die stationären Leistungen zu 55% übernehmen. Diese Leistungspflicht gilt für alle Behandlungen in sämtlichen Spitälern, die auf der Spitalliste irgendeines Kantons sind. Die damit verbundenen Kosten sind als Finanzgrösse «Spitalbehandlungen gemäss KVG» ausgewiesen und betragen 2017 272,5 Mio. Franken.

Mit der seit 1. Januar 2012 gültigen neuen Spitalfinanzierung wurde ein eigentlicher Paradigmenwechsel vollzogen: weg von der Objektfinanzierung (Spitäler) hin zur Subjektfinanzierung (Patientinnen und Patienten). Dementsprechend handelt es sich bei den Spitalbehandlungen gemäss KVG nicht um eine Subvention von öffentlichen oder privaten Spitälern. Vielmehr sind die Kantone verpflichtet, von jeder stationären Spitalbehandlung einer Einwohnerin oder eines Einwohners 55% der Kosten zu übernehmen. Im Einzelfall ist die Höhe der Vergütung abhängig von der konkreten medizinischen Behandlung und von der Baserate des jeweiligen Spitals. Die Baserates sind das Verhandlungsergebnis zwischen Krankenversicherern und Spitälern. Weder die Höhe der Löhne noch die Lohn- bzw. Entschädigungsstrukturen in den einzelnen Spitälern spielen dabei eine Rolle.

Für die Finanzierung der Behandlungen in öffentlichen und in privaten Spitallistenspitälern durch die Kantone gelten dieselben Regeln. Deshalb sollten unter der Optik der Spitalfinanzierung auch bezüglich Lohntransparenz die gleichen Regeln gelten. Wir befürworten die öffentliche Bekanntgabe der Lohn- und Entschädigungsstrukturen aller Spitäler. Sie ist aber letztlich Sache jedes einzelnen Spitals und hat unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu erfolgen.

3.1.2 Ärztliche Entschädigungssysteme

Ein wesentliches Merkmal ärztlicher Entschädigungssysteme sind die Honorarbezüge aus der Behandlung von zusatzversicherten stationären Patientinnen und Patienten sowie aus der Führung einer Privatpraxis. Diese variablen Zusatzhonorare, die ergänzend zum eigentlichen Lohn ausbezahlt werden, entsprechen einer historisch gewachsenen Berufsgegebenheit und sind gesamtschweizerisch noch immer weit verbreitet. Entschädigungssysteme, die sich an Honoraranteilen orientieren, setzen grundsätzlich falsche Anreize bezüglich Mengenausweitung. Generell sind Zusatzversicherungen im stationären Bereich (Privat, Halbprivat) auch hinderlich für die Umsetzung des Grundsatzes «ambulant vor stationär», weil die mit den Zusatzversicherungen verbundenen Zusatzentschädigungen finanzielle Fehlanreize zugunsten von stationären Behandlungen setzen. Die Problematik der Entschädigungen im Zusatzversicherungsbereich, welche die Steuerung der Versorgung im Bereich der Grundversicherung unterlaufen, sollte auf Bundesebene angegangen werden. Mengenbezogene Anreize sollten gesamtschweizerisch sowohl für den Grundversicherungsbereich als auch für den Privatversicherungsbereich auf der Basis einer klaren Rechtsgrundlage beseitigt werden.

Die Entschädigungen von Chefärzten und Chefärztinnen sowie von Leitenden Ärzten und Leitenden Ärztinnen sind insofern kaum mit den Gehältern aus Verwaltung, Justiz oder Politik vergleichbar, als es sich um ganz unterschiedliche Märkte mit entsprechend unterschiedlich ausgeprägten Vergütungssystemen handelt. Dies trifft schweizweit zu und hat nichts mit dem Kanton Solothurn zu tun. Die Gesamtbezüge der Ärzteschaft sind stark durch das jeweilige Fachgebiet beeinflusst (Tarifizierung, Aus- und Weiterbildungsaufwand, Angebot/Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt).

3.1.3 Entschädigungssystem der soH

Die für die Chefärzte und Chefärztinnen sowie Leitenden Ärzte und Ärztinnen der soH gültigen Allgemeinen Anstellungsbedingungen, in denen u.a. die Honorarzahungen aus der Behandlung von zusatzversicherten stationären Patientinnen und Patienten sowie die Führung einer Privatpraxis geregelt sind, wurden 1985 durch den Regierungsrat erlassen (RRB Nr. 1724 vom 11. Juni 1985). Gemäss § 2 Abs. 3 des Gesetzes über das Staatspersonal (BGS 126.1) kann die soH «*mit den Chefärzten oder den Chefärztinnen sowie den leitenden Ärzten oder den leitenden Ärztinnen zusätzlich vertragliche Regelungen treffen.*» Die soH ist daran, die veralteten Allgemeinen Anstellungsbedingungen durch neue, den heutigen Gegebenheiten auf dem Gesundheitsmarkt besser Rechnung tragende Anstellungsbedingungen (inkl. Lohnsystem) zu ersetzen. Die Ge-

schäftsleitung und der Verwaltungsrat haben im Januar 2018 neue Allgemeine Anstellungsbedingungen genehmigt. Die Gespräche mit den betroffenen Chefärzten und Chefärztinnen sowie Leitenden Ärzten und Ärztinnen sind im Gange.

Die von der Interpellantin erwähnte Studie von Klingler Consultants AG Zürich führt die soH mit einem durchschnittlichen Personalaufwand 2015 (=Löhne und Arzthonorare inkl. Sozialversicherungsabgaben und PK-Beiträgen) von CHF 126'982 auf Rang 28 (nach Korrektur infolge nicht aktueller BfS-Daten). Damit liegt die soH über dem von Klingler berechneten Durchschnitt. Aufgrund des jährlich durch die Firma Perinnova bei einer Grosszahl der Schweizer Spitäler durchgeführten Salärvergleiches ist bekannt, dass die soH vor allem auch bei der Pflege im Schnitt gute Löhne bezahlt. Für die soH ist dabei der Gesamtarbeitsvertrag des Kantons Solothurn und das darin festgelegte Lohnsystem bindend.

3.2 Zu den Fragen

3.2.1 Zu Frage 1:

Wie rechtfertigen sich solch hohe Entschädigungen ökonomisch und staatspolitisch?

Für die Ärzteschaft gibt es in der Schweiz einen speziellen Markt (Anstellungsbedingungen, Löhne etc.), dem sich auch die soH nicht entziehen kann. Die soH ist bestrebt, die Ärztinnen und Ärzte marktgerecht zu bezahlen. Deshalb beteiligt sie sich auch an einem entsprechenden Vergleich der Kaderarztvergütungen, der einen guten Überblick über die heute üblichen Vergütungen gibt und den die soH bei der Festlegung der Löhne als Benchmark berücksichtigt.

3.2.2 Zu Frage 2:

Untersteht die Spitäler AG soH dem Öffentlichkeitsprinzip? Wenn nein, gemäss welcher gesetzlichen Grundlage wird hier eine Ausnahme gemacht?

Wir haben die Meinung der Beauftragten für Information und Datenschutz eingeholt. Sie geht davon aus, dass die soH in Bezug auf die öffentlich-rechtlich ausgestalteten Rechtsverhältnisse mit den Angestellten als Behörde i.S.v. § 3 des Informations- und Datenschutzgesetzes (InfoDG; BGS 114.1) zu betrachten ist und die Öffentlichkeitsbestimmungen des InfoDG anwendbar sind (§ 2 Abs. 1 und 2 InfoDG). Informationen, welche die Anstellungsbedingungen betreffen, müssen somit öffentlich gemacht werden, es sei denn, es liege ein Ausnahmetatbestand gemäss § 13 InfoDG vor. Gemäss Abs. 1 wird der Zugang zu amtlichen Dokumenten «*eingeschränkt, aufgeschoben oder verweigert, soweit a) ein Gesetz oder schützenswerte private oder wichtige öffentliche Interessen entgegenstehen; b) der Zugang Informationen vermitteln würde, die der Behörde von Dritten freiwillig und unter Zusicherung der Geheimhaltung mitgeteilt worden sind.*»

3.2.3 Zu Frage 3:

Werden in der Spitäler AG soH Boni ausbezahlt? Wie hoch sind diese? Orientieren sie sich an der Menge der Gesundheitsleistungen oder an Qualitätsindikatoren wie etwa Patientenzufriedenheit und medizinische Ergebnisse?

Der Leistungsbonus (LEBO) betrifft alle Mitarbeitenden der soH. Er ist in § 134 des Gesamtarbeitsvertrags (GAV; BGS 126.3) geregelt und beträgt höchstens 5% des Lohnes. Die Ausschüttung des LEBO wird jährlich durch die Geschäftsleitung und den Verwaltungsrat diskutiert.

Die Chefärzte und Chefärztinnen sind in Lohnklasse 31 eingereiht (Maximallohn CHF 224'965), die Leitenden Ärzte und Ärztinnen in Lohnklasse 30 (Maximallohn CHF 215'007). Massgebendes

Kriterium für den LEBO der Kaderärzte und -ärztinnen ist, wie bei allen Mitarbeitenden, die individuelle Mitarbeiterbeurteilung.

3.2.4 Zu Frage 4:

Inwiefern können Chefärzte beim Honorarpool selbst über ihren Lohn mitentscheiden und inwieweit könnten damit Fehlanreize zu unnötigen Behandlungen führen?

Die soH unterscheidet zwischen dem Honorarpool, welcher aus der Behandlung von zusatzversicherten stationären Patienten gespeisen wird und den Privatpraxishonoraren. In den Allgemeinen Anstellungsbedingungen sind diese Honorare im Grundsatz geregelt.

Jede Klinik hat ein Honorarpoolreglement, das die Zahlungen an die jeweils berechtigten Ärzte und Ärztinnen festlegt. Auszahlungen aus dem Honorarpool benötigen immer das Visum des Standortdirektors, welcher direkter Vorgesetzter der Chefärzte und Chefärztinnen seines Standortes ist. Diese Honorare gelten als unselbstständiges Erwerbseinkommen und unterliegen der Sozialversicherungspflicht.

Chefärzte und Chefärztinnen sowie Leitende Ärzte und Ärztinnen haben das Recht, innerhalb der soH eine Privatpraxis zu führen. Dafür stehen ihnen vertraglich zugesicherte Praxishalbtage zur Verfügung. Bei den Privatpraxishonoraren gehen 60% des Honorars an den Arzt bzw. die Ärztin und 40% an das Spital, welches die Infrastruktur und das notwendige Hilfspersonal stellt. Ab der sogenannten Abschöpfungsgrenze von CHF 146'000 erhöht sich die Abgabe an das Spital auf 52 %. Diese Honorare gelten als selbstständiges Erwerbseinkommen und die Ärzte und Ärztinnen sind für die Sozialversicherung persönlich verantwortlich.

Das bisherige System wird von der soH für die Steuerung des Unternehmens seit längerem als unbefriedigend erachtet. Deshalb startete die soH vor mehr als zwei Jahren mit der Erarbeitung eines neuen Vergütungsmodelles. In Anbetracht der thematischen Komplexität dauerte die Entwicklung relativ lange. Mit dem neuen Modell wird die Beteiligung an den stationären Honoraren und an den Privatpraxishonoraren aufgehoben. Im Januar 2018 haben die Geschäftsleitung und der Verwaltungsrat die neuen Allgemeinen Anstellungsbedingungen genehmigt. Seither ist die soH an der Umsetzung und Einführung des neuen Modelles.

Entschädigungssysteme, die sich an Honoraranteilen orientieren, setzen falsche Anreize. Dementsprechend befürworten wir grundsätzlich die neue Regelung der soH.

3.2.5 Zu Frage 5:

Gibt es Möglichkeiten für Chefärzte und leitende Ärzte, das elektronische Abrechnungs- und Leistungserfassungssystem so zu manipulieren und zu ihren Gunsten zu verfälschen, dass sich ihre Honorarbezüge so aus dem Pool erhöhen? Gab es in der Vergangenheit solche Fälle wie im Kanton Aargau publik wurde?

Die Honorarbezüge für die erbrachten Leistungen sind in den Systemen fix hinterlegt und das Regelwerk kann nicht manipuliert werden. Damit eine Leistung honorarberechtigt ist, muss diese auch gegenüber den Krankenversicherern abgerechnet werden, welche ihrerseits eine Rechnungsprüfung durchführen. Bei berechtigten Beanstandungen der Abrechnungen durch die Krankenversicherer werden bei der Korrektur der Leistungspositionen ebenfalls die Honoraranteile automatisch angepasst.

Da die Leistungserfassung direkt durch die Ärzte und Ärztinnen erfolgt, kann nie ganz ausgeschlossen werden, dass es zu Versuchen kommen kann, sich Vorteile aus diesem System zu verschaffen. In der soH gilt die Weisung, dass keine unnötige Mengenausweitung erfolgen soll. Bei Auffälligkeiten geht die soH den Einzelfällen nach.

Mit den neuen Allgemeinen Anstellungsbedingungen wird das latente Risiko vollständig eliminiert. Es sind keine direkt auf das Einkommen wirkende Abrechnungen und Honorarzahungen mehr enthalten. Derzeit laufen die Gespräche mit den Ärzten und Ärztinnen für die flächendeckende Einführung der neuen Regelungen.

3.2.6 Zu Frage 6:

Wie hoch ist die Gesamtsumme an Ärztehonoraren, welche an Angestellte des Kantons Solothurns 2017 ausbezahlt wurden? Wie gestaltete sich dabei die Bandbreite bei Chefärztinnen/-ärzten, bei leitenden Ärztinnen/Ärzten oder bei Oberärztinnen/-ärzten? Bitte jeweils um Angabe der minimalen und maximalen Zahlung sowie die Anzahl berechtigter Personen.

2017 wurden insgesamt CHF 18.4 Mio. Honorare, davon CHF 7.2 Mio. Honorare aus der Behandlung von Zusatzversicherten, stationären Patienten und CHF 11.2 Mio. Privatpraxishonorare an die Kaderärzte und Kaderärztinnen ausbezahlt. 132 der 134 Kaderärzte und Kaderärztinnen sind in irgendeiner Form honorarberechtigt.

Es gibt Chefärzte und Chefärztinnen sowie Leitende Ärzte und Ärztinnen, welche keine Privatpraxis führen und keine Zusatzversicherten Patienten behandeln. Deshalb liegt der minimale Auszahlungsbetrag bei beiden Gruppen stets bei null. Der maximale Auszahlungsbetrag von stationären Honoraren lag 2017 bei Chefärzten und Chefärztinnen bei CHF 296'000 und bei Leitenden Ärzten und Ärztinnen bei CHF 251'000. Bei den Privatpraxishonoraren lag der maximale Auszahlungsbetrag 2017 bei Chefärzten und Chefärztinnen bei CHF 452'000, bei Leitenden Ärzten und Ärztinnen bei CHF 510'000.

2017 betrug die höchste Gesamtvergütung eines einzelnen Kaderarztes CHF 886'710. Diese Gesamtvergütung umfasst sowohl den Gesamtlohn aus dem Anstellungsverhältnis (Lohn und LEBO gemäss GAV sowie stationäre Honorare) als auch das Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit (Privatpraxishonorare).

3.2.7 Zu Frage 7:

Wie war die Entwicklung der gesamthaft ausbezahlten Arzthonorare in den letzten fünf Jahren?

Die Honorare sind seit 2012 insgesamt um CHF 7.05 Mio. gestiegen, wobei die Anzahl honorarberechtigter Ärzte und Ärztinnen in diesem Zeitraum um 43 Personen zugenommen hat. Im selben Zeitraum hat sich der Ertrag der soH um CHF 123.2 Mio. erhöht. Der Anteil der Honorare am Betriebsertrag hat von 2,6% im Jahr 2012 auf 3,2% im Jahr 2017 zugenommen.

3.2.8 Zu Frage 8:

Wie beurteilt der Regierungsrat die Massnahme M03 «Aufnahme von Spitälern auf Spitalliste in Abhängigkeit der Entschädigung interner und externer Fachkräfte (mengenbezogene Boni, Kickbacks)» der Expertengruppe des Bundesrates? Ohne Änderung der Anreize wird sich in Sachen Kostenentwicklung wenig ändern.

Diese Frage haben wir bereits am 12. Juni 2018 im Rahmen der «Interpellation Felix Wettstein (Grüne, Olten): Spitalkosten steuern - Überversorgung vermeiden» folgendermassen beantwortet (vgl. Abschnitt 3.2.6 RRB Nr. 2018/915; KR.Nr. I 0052/2018):

„Bei Massnahme M03 des Expertenberichts «Aufnahme von Spitälern auf Spitalliste in Abhängigkeit der Entschädigung interner und externer Fachkräfte (mengenbezogene Boni, Kick-

backs)» steht unter Adressat (S.124): «Spitäler und Kantone (sofern Rechtsetzungsbedarf besteht: Bund)». Unter Rechtsetzungsbedarf wird Folgendes festgehalten: «Zu prüfen hinsichtlich Reduktion Rechtsunsicherheit und Förderung schweizweit einheitlicher Lösung».

Wir sind grundsätzlich gegen mengenbezogene Boni und Kickbacks, da es sich eindeutig um Fehlanreize handelt. Die mengenbezogenen Anreize sollten gesamtschweizerisch sowohl für den OKP-Bereich als auch für den Privatversicherungsbereich auf der Basis einer klaren Rechtsgrundlage beseitigt werden. Würde der Kanton Solothurn auf der Basis der heute geltenden Rechtsgrundlagen Spitäler alleine mit dem Argument des Bestehens mengenbezogener Boni und Kickbacks von der insgesamt 23 Spitäler umfassenden Spitalliste streichen, würde dies dem Prinzip der Verhältnismässigkeit zuwiderlaufen und wäre daher letztlich nicht durchsetzbar.

Ergänzend ist zu erwähnen, dass Kickbacks Gegenstand der Aufsicht über die Medizinalpersonen sind und dementsprechend Sanktionsmöglichkeiten bei einzelnen Inhabern von Berufsausubungsbewilligungen bestehen.“

3.2.9 Zu Frage 9:

Wie beurteilt die Regierung die Möglichkeit der Einführung eines Lohndeckels, ähnlich wie in den Kantonen Waadt und St. Gallen sowie in anderen staatsnahen Organisationen?

Wir sind, wie der Regierungsrat des Nachbarkantons Aargau (vgl. Beantwortung vom 22. August 2018 der «Interpellation Jean-Pierre Gallati, SVP, Wohlen, vom 6. März 2018 betreffend Arzthonorare Kantonsspital Aarau AG» Frage 23), grundsätzlich der Ansicht, dass eine allfällige Lohndeckelung für alle Spitallistenspitaler der Schweiz gelten sollte (öffentliche Spitäler und Privatspitaler). Dabei ist allerdings nicht auszuschliessen, dass ein gesetzlich verankerter Maximallohn von z.B. CHF 700'000 wie er im Spitalverbund Kantonsspital St. Gallen gilt, auch zu Begehrlichkeiten führen könnte.

Mit den bereits erwähnten neuen Allgemeinen Anstellungsbedingungen der soH ist eine Beschränkung der Vergütungsentwicklung in der soH möglich.

3.2.10 Zu Frage 10:

Wie beurteilt der Regierungsrat die Lösung im Kanton Luzern, wo das honorarbasierte Lohnsystem vor mehr als zehn Jahren abgeschafft wurde und Chefärzte sowie die übrigen Kaderärzte keine Honorare aus der Behandlung von Privatpatienten erhalten und nicht umsatzbasiert bezahlt werden? Auch am CHUV (Universitätsspital Lausanne) ist das maximale Einkommen aus Honoraren begrenzt. Trotzdem scheinen diese Spitäler zu funktionieren. Worin sieht der Regierungsrat den Vorteil eines Honorarbezuges?

Wir sind der Meinung, dass honorarbasierte Lohnsysteme aufgrund der damit verbundenen Fehlanreize gesamtschweizerisch abgeschafft werden sollten. Dementsprechend begrüssen wir die neuen Allgemeinen Anstellungsbedingungen der soH, in welchen keine Honorarzahungen mehr vorgesehen sind.

3.2.11 Zu Frage 11:

Wie viel Prozent der honorarberechtigten Ärzteschaft sind Frauen? Wie hoch war der durchschnittliche Honorarbezug pro Frau? Falls es Unterschiede gibt, wie erklären sich diese?

Das Geschlecht spielt bei der Gesamtvergütung keine Rolle. Die Unterschiede in den Gesamtbezügen sind vor allem auf das medizinische Fachgebiet mit unterschiedlichen Tarifen und auf die

Bekanntheit der Ärztin bzw. des Arztes und den damit zusammenhängenden Überweisungen zurückzuführen.

Per 31. Dezember 2017 waren 31 Kaderärztinnen beschäftigt, was einem Anteil von 23,1% entspricht. Der durchschnittliche Honorarbezug (stationär und Privatpraxis) lag 2017 bei den Frauen bei CHF 139'000, bei den Männern bei CHF 165'000. Dies ist vor allem damit zu erklären, dass die meisten Kaderärztinnen als Leitende Ärztinnen und nicht als Chefärztinnen tätig sind.

3.2.12 Zu Frage 12:

Wie viel Prozent der honorarberechtigten Ärztinnen/Ärzte besitzen nicht die Schweizer Staatsbürgerschaft? Wie hoch war der durchschnittliche Honorarbezug pro Schweizer Ärztin/Arzt und pro Ärztin/Arzt mit ausländischer Staatsbürgerschaft? Falls es Unterschiede gibt, wie erklären sich diese?

Die Nationalität hat keinen Einfluss auf die Gesamtvergütung. Per 31. Dezember 2017 waren 44 ausländische Kaderärzte und -ärztinnen beschäftigt, was einem Anteil von 32,8% entspricht.

3.2.13 Zu Frage 13:

Ein häufiges Argument zur Auszahlung von Honoraren ist, dass nur so Top-Ärzte/Top-Ärztinnen für die Arbeit an öffentlichen Spitälern verpflichtet werden können. Ist die Regierung ebenfalls dieser Ansicht? Wenn ja, auf welche Grundlage stützt sich die These, dass nur ein Arzt/eine Ärztin mit hohem Einkommen ein guter Arzt/eine gute Ärztin ist? Ist aus Sicht des Regierungsrates das Arzthonorar ein geeigneter Incentive und wie ist die Begründung dafür?

Bei der Wahl eines neuen Arbeitgebers ist das Vergütungspaket ein wichtiges Kriterium. Dies ist aber kein Grund, an honorarbasierten Lohnsystemen festzuhalten. Die mengenbezogenen Anreize sollten gesamtschweizerisch sowohl für den Grundversicherungsbereich als auch für den Privatversicherungsbereich auf der Basis einer klaren Rechtsgrundlage beseitigt werden.

3.2.14 Zu Frage 14:

Wie und von wem wird kontrolliert, ob und wie die Chefärzte neben privatärztlicher Tätigkeit noch ihren allgemeinen Aufgaben und Pflichten nachkommen?

Mit den Chefärzten und Chefärztinnen sowie Leitenden Ärzten und Ärztinnen werden jährlich Ziele durch die Standortdirektoren vereinbart und deren Erreichung teils mehrmals pro Jahr überprüft und schliesslich in den Jahresgesprächen auch abschliessend thematisiert. Auf der Handlungsebene arbeiten die Chefärzte und Chefärztinnen eigenverantwortlich nach Treu und Glauben, auch was die Einhaltung der Vorgaben anbelangt. Die soH legt Wert auf eine Vertrauenskultur.

3.2.15 Zu Frage 15:

Wie gedenkt der Regierungsrat allgemein im Gesundheitswesen mehr Transparenz über Kosten, Finanzströme, Leistungen und Qualität zu schaffen? Nur mit Transparenz sind weitere Reformen zielführend (vgl. Massnahme M04 «Schaffung notwendiger Transparenz» der Expertengruppe des Bundesrates).

Die Zielsetzung von Massnahme M04 «Schaffung notwendiger Transparenz» im Expertenbericht „Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ vom 24. August 2017 lautet (S. 36): «*Mit der Schaffung der notwendigen Transparenz soll allen Akteuren die erforderliche Datengrundlage zur Verfügung gestellt werden, damit diese ihre Aufgaben hinsichtlich Systemsteuerung und –optimierung wahrnehmen können.*» Unter Adressaten und Rechtsetzungsbedarf steht im Expertenbericht, der im Auftrag des Bundesrats erarbeitet wurde (S. 36): «*Adressat dieser Massnahme sind in erster Linie die Leistungserbringer und die Krankenversicherer.*» Aus unserer Sicht besteht für den Kanton Solothurn zum heutigen Zeitpunkt kein diesbezüglicher Handlungsbedarf.



Andreas Eng
Staatsschreiber

Verteiler

Departement des Innern, Gesundheitsamt (2)
Finanzdepartement
Datenschutzbeauftragte
Solothurner Spitäler AG (soH); Schöngrünstrasse 36a, 4500 Solothurn
Aktuariat SOGEKO
Parlamentdienste
Traktandenliste Kantonsrat