

## II. Nachtrag zur Besoldungsverordnung (Genehmigung)

Botschaft und Antrag der Regierung vom 30. Oktober 2001

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	<i>Seite</i>
Zusammenfassung.....	1
1. Ausgangslage.....	2
1.1 Massnahmenpaket zur dauerhaften Entlastung des Staatshaushaltes .....	2
1.2 Nachtrag zur Besoldungsverordnung.....	2
1.3 Genehmigung des Nachtrages zur Besoldungsverordnung .....	2
2. Verhandlungen über Nachfolgeregelung .....	2
3. Rahmenbedingungen unverändert im Wandel.....	3
3.1 TARMED .....	3
3.2 Auswirkungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. ....	4
3.3 Neue Spitalstrukturen im Kanton St.Gallen .....	4
4. Befristung / Verlängerung.....	5
5. Öffnung für Abweichungen vom Abgeltungsmodell .....	5
5.1 Gemeinsame Honoraräufnung.....	5
5.2 Linearer Anteil an den Bruttohonorareinnahmen.....	6
5.3 Übergangsregelung .....	6
5.4 Bedeutung der Änderung.....	6
6. Finanzielle Auswirkungen.....	6
7. Antrag .....	7
Beilage: II. Nachtrag zur Besoldungsverordnung.....	8

### Zusammenfassung

*Mit dem Nachtrag zur Besoldungsverordnung vom 10. November und 15. Dezember 1998 wurde die Besoldung der Chefärzte und Leitenden Ärzte neu geregelt. Damit wurde ein Auftrag aus dem Massnahmenpaket 1997 zur dauerhaften Entlastung des Staatshaushaltes umgesetzt. Der Nachtrag wurde ausdrücklich als Übergangsregelung erlassen. Die Neukonzeption hätte Auswirkungen von äusseren Einflüssen auf die Einkommen der Kaderärzte berücksichtigen sollen, die sich damals im Umbruch befanden. Der Grosse Rat befristete die Regelung deshalb auf zwei Jahre. Entgegen den seinerzeitigen Erwartungen sind die Änderungen noch nicht abgeschlossen oder ihre Auswirkungen können noch nicht beurteilt werden. So ist der neue Arzttarif noch nicht eingeführt. Auswirkungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung können noch immer nicht zuverlässig beurteilt werden. Bereits berät das Bundesparlament eine Gesetzesrevision, die eine neue Spitalfinanzierung mit erheblichen Auswirkungen auf die Finanzen der Kantone zum Gegenstand hat. Schliesslich sind die neuen Spitalstrukturen, die im Rahmen des Projektes QUADRIGA entwickelt worden sind, im Auftrag des Grossen Rates zu überarbeiten. Die verschiedenen Ärztegruppierungen haben unterschiedliche Vorstellungen über die zukünftige Besoldung. Die offenen Fragen lassen eine generelle*

*Neuregelung zum heutigen Zeitpunkt nicht als sinnvoll erscheinen. Zudem erteilte der Grosse Rat der Regierung bei der Befristung den Auftrag, mit der neuen Besoldungsregelung das vom Massnahmenpaket 1997 zur dauerhaften Entlastung des Staatshaushalts vorgesehene Sparvolumen zu erhalten. In Anbetracht der laufenden Veränderungen kann der Auftrag, eine generelle Neuregelung zu erarbeiten, zum heutigen Zeitpunkt nicht erfüllt werden. Die Regierung schlägt deshalb vor, den Nachtrag um drei Jahre zu verlängern. Es soll aber die Möglichkeit eröffnet werden, innerhalb einer Klinik oder eines Institutes ein Modell anzuwenden, das die gemeinsamen Aufgaben innerhalb einer Klinik oder eines Institutes stärker betont als die bisherige Regelung.*

Sehr geehrter Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

## **1. Ausgangslage**

### **1.1 Massnahmenpaket zur dauerhaften Entlastung des Staatshaushaltes**

Das Massnahmenpaket 1997 zur dauerhaften Entlastung des Staatshaushaltes (im Folgenden MP 97) sah bei der Reduktion der Honoraranteile der Ärzte an öffentlichen Spitälern ein Sparziel von 4,8 Mio. Franken vor (Botschaft zum MP 97 vom 30. Oktober 1997, *ABI* 1997, 2378 ff.).

### **1.2 Nachtrag zur Besoldungsverordnung**

Zur Umsetzung dieser Vorgaben ergänzte die Regierung die Besoldungsverordnung (sGS 143.2; abgekürzt BesV) mit einem Nachtrag. Mit diesem Nachtrag wurden zum einen die Besoldungen der Kaderärzte gesetzlich verankert. Weiter sah der Nachtrag im Wesentlichen vor, die Honoraranteile der Ärzte aus der Behandlung stationärer Privatpatienten und die mit einzelnen Ärzten vertraglich vereinbarten Umsatzbeteiligungen gesamthaft um rund einen Fünftel zu reduzieren sowie Kürzungen der Besoldungen jener Ärzte vorzunehmen, mit denen vertraglich ein den Betrag der Besoldungsklasse A 37 übersteigendes Jahresgehalt vereinbart worden war. In der Botschaft vom 10. November 1998 hielt die Regierung fest, dass der Nachtrag zur BesV eine Übergangsregelung darstelle. Sie wies darauf hin, dass die Gesamtrevision der Arzttarife (abgekürzt GRAT) in Vorbereitung stehe. Aufgrund dieser neuen Tarifvorgaben werde die Besoldungsstruktur der Spitalärzte von Grund auf neu zu konzipieren sein. Zudem seien die Auswirkungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (abgekürzt KVG) in den Besoldungskomponenten mitzuberücksichtigen.

### **1.3 Genehmigung des Nachtrages zur Besoldungsverordnung**

In der Novembersession 1998 genehmigte der Grosse Rat die Vorlage unter dem Vorbehalt, dass der Nachtrag bis 31. Dezember 2001 befristet würde. Gleichzeitig lud er die Regierung ein, dem Grossen Rat rechtzeitig eine Nachfolgeregelung zu unterbreiten, die das im MP 97 vorgesehene Sparvolumen (Ziff. 3.8.6) sicherstelle. In Nachachtung dieses Beschlusses erliess die Regierung den Nachtrag zur Besoldungsverordnung mit dieser Befristung (Abschnitt III. des Nachtrages zur BesV vom 10. November und 15. Dezember 1998).

## **2. Verhandlungen über Nachfolgeregelung**

In einer Arbeitsgruppe mit Vertretern der Chefärzte und der Leitenden Ärzte aus Kantonsspital, Regionalspitälern und Psychiatrischen Diensten sowie des Gesundheitsdepartementes wurde ab Herbst 1999 an neuen, zukunftsgerichteten Abgeltungsmodellen gearbeitet. Die von den

einzelnen Gruppierungen präsentierten Vorstellungen wichen indessen zum Teil stark voneinander ab. Es liess sich kein auf breiter Ebene abgestützter Modus ausmachen. Einigkeit bestand einzig darin, dass die Grundbesoldungen der Kaderärzte angehoben werden müssten. Die Schwierigkeit einer solchen Erhöhung der festen Besoldungskomponente besteht allerdings darin, dass das im MP 97 vorgesehene Sparvolumen nach dem Auftrag des Grossen Rates (vgl. Ziff. 2.3.) zu wahren ist. Die für die Anhebung der Grundbesoldungen benötigten Mittel hätten demnach bei den variablen Besoldungselementen (Art. 9ter BesV) eingespart werden müssen. Wo diese Einsparungen hätten erzielt werden sollen, war in der Arbeitsgruppe umstritten. Unter anderem wurde gefordert, auf Kompensationen gänzlich zu verzichten.

### **3. Rahmenbedingungen unverändert im Wandel**

In der Botschaft zum Nachtrag zur Besoldungsverordnung wurde darauf hingewiesen, dass vor einer grundlegenden Neuregelung der Anstellungsbedingungen für die Kaderärzte sinnvollerweise die Festigung verschiedener, im Wandel begriffener Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der Spitalärzte abzuwarten sei. Speziell erwähnt wurden u.a. die Neukonzeption der Spitalstrukturen im Kanton St.Gallen, die Gesamtrevision der Arzttarife, die Auswirkungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Die Entwicklung dieser exogenen Faktoren ist nun aber entgegen den seinerzeitigen Erwartungen noch nicht abgeschlossen.

#### **3.1 TARMED**

Beim Erlass des Nachtrages zur Besoldungsverordnung bzw. den vorangegangenen sozialpartnerschaftlichen Verhandlungen ist davon ausgegangen worden, dass die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für die Abgeltungen der Sozialversicherungen an die Ärzte auf Anfang 2000 Wirkung entfalten würde. Die in der Zwischenzeit von GRAT in TARMED (von TARif MEDical) umbenannte, betriebswirtschaftlich errechnete neue Tarifstruktur harrt indessen noch immer ihrer Umsetzung. Nach den Informationen aus der Projektleitung TARMED ist die Tarifstruktur in Form des "Browsers TARMED 1.0" zwar dieses Frühjahr dem Bundesamt für Sozialversicherung mit Antrag auf Genehmigung durch den Bundesrat unterbreitet worden. Bevor der Bundesrat diese Tarifstruktur genehmigen kann, müssen die beteiligten Tarifpartner, nämlich die Sozialversicherer einerseits (Kranken- und Unfallversicherer, Invaliden- und Militärversicherung) und die Leistungserbringer andererseits (Verbände H+, Spitäler der Schweiz; Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH; nicht zu den Tarifpartnern gehören dagegen die Kantone und die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz) die Tarifstruktur ratifizieren. Die FMH-Ärzttekammer beschloss am 5. Mai 2001 jedoch, den TARMED in der vorliegenden Version nicht zu akzeptieren und weitere Verhandlungen anzustreben. In der Zwischenzeit haben die Parteien sich in verschiedenen Fragen verständigt. Sie sind sich insbesondere einig darin, dass der TARMED in den Spitälern nicht auf den 1. Januar 2002 eingeführt wird. Auch der Beschluss über die Tarifstruktur wird den Tarif noch nicht klar definieren. Der Taxpunktwert, aus dem zusammen mit der Tarifstruktur die Abgeltungen des Arztes für seine Leistungen errechnet werden, ist nämlich von den Versicherern mit den Leistungserbringern auszuarbeiten. Hauptverhandlungspartner werden im Kanton St.Gallen die Ärztegesellschaft einerseits und die Versicherer andererseits sein. Es steht noch nicht fest, ob für die Spitäler der gleiche Taxpunktwert zur Anwendung kommen wird, oder ob dafür Verhandlungen des Kantons St.Gallen mit den Versicherern geführt werden müssen. Die Tarifparteien haben unterschiedliche Vorstellungen über die Ausgestaltung der Taxpunktwerte. Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz geht davon aus, dass diese Taxpunktwertverhandlungen grossmehrheitlich scheitern werden. Die Kantonsregierungen müssten daher den Taxpunktwert hoheitlich festlegen. Gegen die Festlegungsbeschlüsse kann Beschwerde an den Bundesrat geführt werden. Damit wird noch über einen längeren Zeitraum nicht klar sein, welcher Taxpunktwert anzuwenden ist. Selbst wenn aber der TARMED wider Erwarten noch in absehbarer Zeit zur Anwendung gelangen sollte, so

fehlen die erhofften Erfahrungen aus dem praktischen Umgang mit diesem völlig neukonzipierten Abgeltungsmodell.

### **3.2 Auswirkungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung.**

Auch die Auswirkungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung haben sich noch nicht so abgezeichnet, dass zuverlässige äussere Bedingungen für ein neues Abgeltungsmodell vorliegen würden. Es ist ursprünglich insbesondere daran gedacht worden, dass die steigenden Krankenversicherungsprämien zu einem Rückgang der zusatzversicherten Patienten führen würden. Da die Einkommen der Kaderärzte erheblich von der Behandlung zusatzversicherter Patienten abhängen, sind diese Auswirkungen von grosser Bedeutung. Zwar konnte festgestellt werden, dass die Zahl der zusatzversicherten Patienten, die sich seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes in den Spitälern behandeln liessen, stetig abgenommen hat. Ob diese Entwicklung anhält, lässt sich aber nicht zuverlässig abschätzen. Ebensowenig lassen die vorliegenden Daten klare Rückschlüsse zwischen diesem Rückgang und der Entwicklung der Einkommensstruktur der Kaderärzte zu. Die Vorschläge aller Kaderärztekategorien, die der Arbeitsgruppe vorgelegt worden sind, enthielten wie das bisherige Modell Einkommensanteile aus der Behandlung stationärer Privatpatienten. Angesichts der sinkenden Zahl zusatzversicherter Patienten ist fraglich, ob solche Abgeltungsmodelle zukunftsgerichtet sind. Denn die Einkommen der Kaderärzte aus der Behandlung von Privatpatienten werden sinken, sofern der Rückgang der zusatzversicherten Patienten anhält. Solange am bestehenden Finanzierungsmodell für Spitalleistungen keine tiefgreifenden Änderungen vorgenommen werden, bleiben auch Spitäler und Staat an der Beibehaltung des geltenden Abgeltungsmodells interessiert. Die Behandlung von Privatpatienten trägt zur Minderung des Spitaldefizites bei. Ertragslücken entstehen, weil die Versicherer bei allgemeinversicherten Patienten höchstens die Hälfte der anrechenbaren Kosten decken dürfen. Um die Ertragssituation der Spitäler zu sichern und damit den Anteil des Staates an den Spitalkosten in Grenzen zu halten, ist es wichtig, dass auch Patienten behandelt werden können, bei denen der Spitalaufwand besser abgegolten wird, namentlich also zusatzversicherte und ausserkantonale Patienten. Schafft man beispielsweise durch Besoldungsanteile aus der Behandlung von privatversicherten Patienten für die Kaderärzte Anreize, solche Patienten zu behandeln, können die Ausgaben des Staates für die Spitäler in Grenzen gehalten werden. Verzichtet man darauf, wird das Interesse des Arztes, Privatpatienten zu behandeln, nicht mehr vorhanden sein und die Ertragslage wird sich verschlechtern.

Zudem befindet sich zur Zeit auf Bundesebene ein neues Modell für die Spitalfinanzierung in der parlamentarischen Beratung. Die Kantone werden damit verpflichtet, anders als bisher auch an die Spitalaufenthalte von zusatzversicherten, innerkantonalen Patienten einen Kostenanteil in Höhe des Beitrages für lediglich grundversicherte Patienten zu tragen. Die damit verbundene Mehrbelastung der Kantone beläuft sich auf über 1 Mia. Franken. Da das neue Finanzierungsmodell je nach Ausgestaltung von erheblichem Einfluss auf die Besoldung der Kaderärzte sein kann, erscheint eine vorgezogene Neuregelung verfrüht.

### **3.3 Neue Spitalstrukturen im Kanton St.Gallen**

Der Grosse Rat hat die Vorstellungen der Regierung über neue Spitalstrukturen nur teilweise übernommen. Der Vorschlag der Regierung, die Spitäler in vier Verbunden zusammenzuschliessen, ist zwar im Parlament einhellig begrüsst worden. Der Grosse Rat hat es indessen abgelehnt, die Zusammenschlüsse in der Rechtsform von Aktiengesellschaften umzusetzen.

Der Vorschlag, die Spitalverbunde als Aktiengesellschaften auszugestalten, hätte zwingend zu privat-rechtlichen Anstellungsverhältnissen geführt. Die Anstellungsbedingungen wären – nach einer Übergangsphase – von den Spitalverbunden mit dem Personal in Gesamtarbeitsverträgen (abgekürzt GAV) ausgehandelt worden. Kurz vor dem Moment, in dem die Spitalverbunde und die Kaderärzte selbst ihrer Situation angepasste Bedingungen hätten aushandeln können, hätte die Regierung ein neues Modell festlegen und dem Grossen Rat zur Genehmigung unterbreiten müssen. Damit bestand die Gefahr, dass Kaderärzte, welche durch die neuen Regelungen be-

nachteiligt worden wären, die Umsetzung der neuen Spitalstrukturen nicht mit dem nötigen Elan unterstützt hätten. Die erfolgreiche Einführung neuer Spitalstrukturen setzt die Mitwirkung des gesamten Spitalpersonals voraus, insbesondere aber die Unterstützung durch die Kader. Mit einem neuen Modell wäre die Unterstützung von Teilen der Kaderärzte gefährdet gewesen.

Nun hat der Grosse Rat als Rechtsform für die Spitalverbunde die öffentlich-rechtliche Anstalt gefordert. Damit steht der Entscheid über die Ausgestaltung der Anstellungsverhältnisse wieder offen. Vor diesem Hintergrund erscheint es wenig sinnvoll, neue Besoldungsmodelle zu entwickeln, bis feststeht, wer die Anstellungsverhältnisse in Zukunft regeln wird.

#### **4. Befristung / Verlängerung**

Die Regierung schlägt deshalb vor, die bestehende Regelung um drei Jahre zu verlängern. Die jetzige Regelung war als Übergangsregelung hin zu einer generellen Neuregelung der Kaderärztebesoldungen vorgesehen. Aus den beschriebenen Gründen ist eine Neukonzeption auf den 1. Januar 2002 nicht sinnvoll. Mit der Verlängerung der bisherigen Übergangsregelung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Spitalverbunde voraussichtlich auf den 1. Januar 2003 umgesetzt werden können. Für die Zeit zwischen dem Auslaufen der jetzigen, bis Ende des Jahres 2001 befristeten Regelung bis zur Einführung der neuen Spitalstrukturen kann damit die bewährte Besoldungsordnung beibehalten werden. Die Verlängerung ermöglicht es, die neuen Spitalstrukturen einzuführen, ohne sie mit einer Änderung der Besoldungsverhältnisse verbinden zu müssen.

#### **5. Öffnung für Abweichungen vom Abgeltungsmodell**

In einem begrenzten Bereich wird bereits jetzt eine Neuregelung vorgesehen. Diese sieht vor, dass die bisherige Abstufung der Anteile der Ärzte an den Bruttohonorareinnahmen aus der Behandlung stationärer Privatpatienten unter gewissen Bedingungen durch eine lineare Abgabe ersetzt werden darf.

##### **5.1 Gemeinsame Honoraräufnung**

Vorausgesetzt wird, dass die honorarberechtigten Ärzte einer Klinik oder eines Institutes vereinbaren, dass die Honorare künftig gemeinsam geäufnet werden und nach einem vorbestimmten Schlüssel auf die beteiligten Ärzte verteilt werden. Ein Abweichen von der bisherigen Regelung setzt also das Einverständnis des honorarberechtigten Arztes voraus.

Der Schlüssel wird vom Chefarzt der Klinik oder des Instituts in Absprache mit den anderen honorarberechtigten Ärzten bestimmt. Ähnliche Modelle bewähren sich seit langem in verschiedenen Instituten. Da dort als variable Besoldungselemente Umsatzbeteiligungen eingesetzt werden, findet die abgestufte Anteilsregelung nach Ziff. 2.1. des Anhangs D zur BesV keine Anwendung. Mit diesem Nachtrag erfolgt eine Öffnung auch für die Bereiche, wo Bruttohonorareinnahmen aus der Behandlung stationärer Privatpatienten Besoldungsbestandteil sind und deshalb die Möglichkeit geschaffen werden, von der erwähnten gesetzlich vorgeschriebenen Abstufung abzuweichen, geschaffen werden muss. Entstehen über den Verteilschlüssel Streitigkeiten, so soll eine paritätische Kommission unter dem Vorsitz des Verwaltungsdirektors bzw. -leiters ihn abschliessend festlegen.

Der Verteilschlüssel ermöglicht es, die unterschiedlichen Aufgaben der Kaderärzte innerhalb einer Klinik gerechter abzugelten. Die Besoldung wird sich weniger am Leisten honorarberechtigter Tätigkeiten messen. Damit können nicht honorarwirksame Arbeiten (z.B. Management, Ausbildung, Forschung) besser entschädigt werden; auch kann ein Ausgleich unter den zum Teil

unterschiedlich honorarwirksamen Tätigkeitsbereichen der einzelnen Ärzte innerhalb einer Klinik oder eines Institutes geschaffen werden (wer z.B. häufig Kinder behandelt, schafft bei gleichem Einsatz weniger Bruttohonorareinnahmen, da Kinder selten zusatzversichert sind).

## **5.2 Linearer Anteil an den Bruttohonorareinnahmen**

Wenn alle honorarberechtigten Ärzte sich auf eine solche Lösung einigen, kann von der bisherigen Abstufung der Arztanteile an den Bruttohonorareinnahmen aus der Behandlung stationärer Privatpatienten auf einen linearen Anteilssatz übergegangen werden. Der mit zunehmender Höhe der Bruttohonorareinnahmen sinkende Anteil des Arztes wird ersetzt durch einen linearen Anteil, der neu aber nicht mehr an den Arzt, sondern in das gemeinsame Honorargefäss der beteiligten Ärzte fliesst. Gesamthaft, d.h. für das gesamte Spital, dürfen, die variablen Besoldungselemente (Honoraranteile aus der stationären Behandlung von Privatpatienten und aus Umsatzbeteiligungen) nach dem vereinbarten Modell nicht höher sein, als wenn das bisherige Modell angewendet würde. Das Modell ist also gesamthaft kostenneutral. Damit diese Kostenneutralität gewahrt bleibt, wird dem Verwaltungsdirektor bzw. -leiter des Spitals die Befugnis eingeräumt, den festen Anteilssatz festzulegen. Er berechnet den Satz im voraus aufgrund der Vorjahreszahlen und der mutmasslichen Entwicklung der Honorareinnahmen des Spitals. Am Ende der Abrechnungsperiode hat er zu prüfen, wie hoch die Spitalanteile bei Beibehaltung des jetzigen Modells ausgefallen wären. Gegebenenfalls hat er auf die folgende Abrechnungsperiode korrigierend einzugreifen, insbesondere also von seiner Befugnis Gebrauch zu machen, den Anteilssatz zu ändern.

## **5.3 Übergangsregelung**

Diese Regelung ist ein Schritt in die Richtung eines zukunftsgerichteten Abgeltungsmodells. Sie ist eine Massnahme zur Erhöhung der Flexibilität und der Führungsautonomie an den Kliniken und Instituten. Sie ist indessen ebenso wie die grundsätzliche vorläufige Beibehaltung der bisherigen Regelung ein befristetes Provisorium. Die Einführung des neuen Modells ist ab 1. Januar 2002 möglich.

## **5.4 Bedeutung der Änderung**

Die neue Regelung ist aus Sicht der Ärzte ein wichtiges Element, um eine Tätigkeit an den öffentlichen Spitälern des Kantons St.Gallen attraktiv zu halten. Sie wird insbesondere von den Ärzten des Kantonsspital St.Gallen gefordert. Die Kaderärzte verschiedener Kliniken des Kantonsspitals St.Gallen haben ihr Interesse angemeldet. Das Modell ist also auch mit Blick auf die Diskussionen über die Stellung der Kaderärzte am Zentrumsspital von Bedeutung. Es ist auch administrativ wesentlich einfacher zu handhaben.

Die Regelung basiert auf Freiwilligkeit: Die beteiligten Kaderärzte müssen sich darauf einigen, dass sie auf die individuelle Abrechnung der variablen Besoldungskomponenten verzichten und stattdessen gemeinsam Honorare äufnen und diese nach einem bestimmten Schlüssel verteilen.

## **6. Finanzielle Auswirkungen**

Die Beibehaltung der bisherigen Regelung bringt keine Änderungen für den Finanzhaushalt des Staates mit sich. Das Modell ist in seiner Gesamtheit kostenneutral.

## 7. Antrag

Wir beantragen Ihnen, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Nachtrag zur Be-  
soldungsverordnung zu genehmigen.

Im Namen der Regierung,  
Die Präsidentin:  
lic.phil. Kathrin Hilber

Der Staatssekretär:  
lic.iur. Martin Gehrler

## II. Nachtrag zur Besoldungsverordnung

vom 30. November 2001<sup>1</sup>

Die Regierung des Kantons St.Gallen

beschliesst:

I.

1. Der Nachtrag vom 10. November und 15. Dezember 1998 zur Besoldungsverordnung vom 27. Februar 1996<sup>2</sup> wird bis 31. Dezember 2004 angewendet.
2. Anhang D zur Besoldungsverordnung vom 27. Februar 1996<sup>2</sup> wird wie folgt geändert:

### **2.1bis (neu). Abweichungen**

**Wird eine Beteiligung an den Bruttohonorareinnahmen aus der Behandlung stationärer Privatpatienten vereinbart und einigen sich der Chefarzt, die Institutsleiter, die Leitenden Ärzte und die Oberärzte mit besonderen Funktionen einer Klinik, eines Fachbereichs oder eines Institutes, ihre Anteile gemeinsam zu äufnen, kann anstelle der Honorarabstufung nach Ziff. 2.1. ein fester Anteil an den Bruttohonorareinnahmen festgelegt werden.**

**Der Verwaltungsdirektor oder der Verwaltungsleiter legt den festen Anteil jährlich so fest, dass die Summe der frankenmässigen Anteile der Ärzte mit Beteiligung an den Bruttohonorareinnahmen aus der Behandlung stationärer Privatpatienten oder mit Umsatzbeteiligung im gesamten Spital nicht höher ist als bei der Anwendung der Anteilsätze nach Ziff. 2.1.**

**Der Chefarzt oder der Institutsleiter legt jährlich im voraus in Absprache mit den Leitenden Ärzten und den Oberärzten mit besonderen Funktionen fest, nach welchem Schlüssel die gemeinsam geäufneten Honoraranteile verteilt werden. Dabei berücksichtigt er insbesondere die Bruttohonorareinnahmen, welche die Beteiligten erzielen, ihre akademische Funktion, ihre Forschungstätigkeit und ihren Einsatz für Klinik-, Fachbereichs- oder Institutsaufgaben.**

**Bei Anständen über den Schlüssel entscheidet eine Kommission, die sich aus je einem Vertreter der beteiligten Ärztekategorien und dem Verwaltungsdirektor oder Verwaltungsleiter als Vorsitzenden zusammensetzt. Bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende. Die Vertreter für die beteiligten Ärztekategorien wählen:**

- a) die Chefärztekonzferenz des Kantonsspitals St.Gallen, wenn ein Chefarzt des Kantonsspitals St.Gallen oder ein Institutsleiter beteiligt ist oder die Landspital-Chefärztekonzferenz, wenn ein anderer Chefarzt beteiligt ist;
- b) der Verein Leitender Ärzte des Kantons St.Gallen, wenn ein Leitender Arzt beteiligt ist;
- c) der Verein der Oberärzte mit besonderen Funktionen des Kantons St.Gallen, wenn ein Oberarzt beteiligt ist.

---

<sup>1</sup> In Vollzug ab 1. Januar 2002.

<sup>2</sup> sGS 143.2; nGS 34-44.

II.

Dieser Nachtrag wird ab 1. Januar 2002 angewendet.

Im Namen der Regierung,  
Die Präsidentin:  
lic.phil. Kathrin Hilber

Der Staatssekretär:  
lic.iur. Martin Gehrler