



Zentralsekretariat

87.234

5.12.2013/Version 2. Vernehmlassung / ho/ /mj

Erläuternder Bericht

Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen vom...

1	Ausgangslage	3
2	Qualifikation der Weiterbildungskosten der Ärzte in Weiterbildung als gemeinwirtschaftliche Leistungen	4
3	Vorarbeiten für den Ausgleich der Weiterbildungsleistungen der Spitäler und der Kantone	5
3.1	Berechnungsgrundlagen	5
3.2	Entschädigungs- und Ausgleichsmodelle	5
4	Das Finanzierungs- und Ausgleichsmodell des ersten IKV-Vernehmlassungsentwurfs	6
5	Ergebnisse der Vernehmlassung	7
6	Vorschläge	8
6.1	Option 1	8
6.2	Option 2	8
6.3	Option 3	8
6.4	Beschluss der Plenarversammlung vom 21.11.2013	8
6.5	Finanzielle Belastungs- und Entlastungsänderungen	9
7	Von der Plenarversammlung am 21. November 2013 verabschiedete Änderungen des Vereinbarungsentwurfs	10
7.1	Artikel 1 betreffend Gegenstand und Zweck der Vereinbarung	10
7.2	Artikel 2 betreffend Beiträge der Standortkantone	10
7.3	Artikel 5 betreffend die Berechnungsmethode	12
7.4	Artikel 6 Absatz 2 betreffend die Versammlung der Vereinbarungskantone	12
7.5	Artikel 10 betreffend Inkrafttreten	13
7.6	Anhänge 1 und 2	13



8	Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln mit integrierten Änderungen vom 21.11.2013	14
9	Zeitplan: Vernehmlassung und Beitritt der Kantone	21



1 Ausgangslage

Aufgrund der Anfang 2012 wirksam gewordenen neuen Spitalfinanzierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG)¹ besteht die Gefahr, dass seitens der Spitäler bei den Ausgaben für die Weiterbildung der Ärzte gespart wird. Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Ärztemangels und aufgrund der Entscheide des Bundes, der Kantone und der Universitäten, das Ausbildungsengagement in der Schweiz diesbezüglich zu verstärken, ist es unabdingbar, die Stellen für Ärzte in Weiterbildung² an den Spitälern finanziell angemessen abzusichern und eine gesamtschweizerisch möglichst gerechte Finanzierung sicherzustellen.

Die am 14. September 2010 geschaffene Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»³ empfahl die Einführung des Modells «PEP» (pragmatisch, einfach und pauschal). Im Rahmen des Modells «PEP» unterstützt der Kanton die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte mit einem finanziellen Beitrag, dessen Höhe proportional zur Zahl der Assistenzärzte ausfällt und der für die Spitäler bestimmt ist. Die Ausrichtung von Unterstützungsbeiträgen hängt von der Einhaltung von Qualitätskriterien ab.

An seiner Sitzung von 24.8.2011 hat der Vorstand der GDK die Grundsätze des Modells PEP genehmigt. Ausserdem schlug er vor, die Möglichkeit eines interkantonalen Ausgleichs für die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu prüfen. Eine vom Vorstand der GDK eingesetzte Arbeitsgruppe wurde beauftragt, einen pauschalen Mindestbetrag (pro Ärztin/Arzt in Weiterbildung und pro Jahr) festzulegen, um die Einrichtungen zu entschädigen, die im Bereich der ärztlichen Lehre und der medizinischen Forschung tätig sind (intrakantonaler Ansatz), und Modelle für die Verteilung der finanziellen Aufwendungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Lehre auf alle Kantone vorzuschlagen (interkantonaler Finanzausgleich).

Auf den ursprünglich beabsichtigten Ausgleich der Kosten der medizinischen Forschung wurde im Nachhinein aus Gründen unterschiedlicher Zuständigkeiten verzichtet.

Die Plenarversammlung vom 23. Mai 2013 verabschiedete eine erste Vernehmlassungsvorlage. Der GDK-Vorstand nahm an seiner Sitzung vom 19. September 2013 von den Ergebnissen der Anhörung bei den Kantonen Kenntnis. Er gab den Auftrag, Anpassungen vorzuschlagen, die mit Rücksicht auf den Hauptkritikpunkt geeignet sind, die Nettozahlerkantone finanziell zu entlasten. Am Grundprinzip des Ausgleichs wird hingegen festgehalten. Für seine Sitzung am 24. Oktober 2013 wurden dem Vorstand zwei Optionen zur Beschlussfassung vorgelegt:

Gemäss der Option 1 werden auf innerkantonomer Ebene entsprechend der im Vernehmlassungsentwurf erfolgten Differenzierung nach Spitalkategorien Pauschalen in Höhe von 24'000, 18'000 und 15'000 CHF gewährt, während für den Ausgleich unter den Kantonen eine einheitliche Pauschale von nur 15'000 CHF zugrunde gelegt wird.

Gemäss der Option 2 gelten die Pauschalen von 24'000, 18'000 und 15'000 CHF auf innerkantonomer Ebene und für den Ausgleich unter den Kantonen. Auf die innerkantonomale zu

¹ Bundesgesetz vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung); SR 832.10

² Häufig auch als „Assistenzärzte“ bezeichnet

³ Die Ergebnisse ihrer Arbeit sind in Form eines Berichts und des Modells PEP verfügbar, die der Dialog Nationale Gesundheitspolitik am 25. August 2011 genehmigt hat. Links: [D](#) / [E](#).



zahlenden Beiträge wird während der ersten fünf Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung ein Rabatt von 50% gewährt.

Aufgrund der finanzpolitischen Vorbehalte einiger Kantone gegen die Höhe des Ausgleichs beschloss die Plenarversammlung der GDK vom 21.11.2013, den Kantonen als Kompromiss eine vereinfachte und dauerhafte Lösung ohne Differenzierung nach Spitalkategorien einer erneuten Anhörung zu unterbreiten: Die Kantone verpflichten sich, den Spitälern im eigenen Kanton als Mindestbeitrag 15'000 CHF pro Assistenzarztstelle und Jahr zu gewähren und sich interkantonal an einem Ausgleich von 15'000 CHF pro Assistenzarztstelle und Jahr zu beteiligen, sofern in ihrem Kanton gegenüber dem schweizerischen Mittel unterdurchschnittlich viele Assistenzärzte ausgebildet werden. Diese Lösung reduziert die Ausgleichsbeträge unter den Kantonen gegenüber der ursprünglichen Vernehmlassungsvorlage um knapp die Hälfte auf total rund 15 Mio. CHF. Bis auf zwei Mitglieder hat die Plenarversammlung dieser Kompromissvariante am 21.11.2013 zugestimmt. Sie hat beschlossen, hierzu eine Vernehmlassung der Kantone durchzuführen mit dem Ziel, die definitive Fassung der Vereinbarung an der Plenarversammlung vom 22. Mai 2014 zuhanden der kantonalen Beitrittsverfahren zu verabschieden.

2 Qualifikation der Weiterbildungskosten der Ärzte in Weiterbildung als gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die Weiterbildung der Ärzte erfolgt nach dem Erwerb des eidgenössischen Diploms. Sie dient der Erhöhung der Kompetenz und der Spezialisierung im entsprechenden Fachgebiet (Art.3 Abs. 3 Medizinalberufegesetz, MedBG,) und dauert bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. Wer den Arztberuf selbstständig ausüben will, braucht gemäss Art. 36 Abs. 2 MedBG zusätzlich zum eidgenössischen Diplom einen eidgenössischen Weiterbildungstitel⁴. Nur dann wird die für die selbstständige Ausübung des Arztberufs unverzichtbare kantonale Bewilligung erteilt. In der Schweiz erfolgt die Weiterbildung der Ärzte zum grossen Teil in Spitälern, die von den Kantonen auf deren gemäss Art. 39 KVG bedarfsgerecht erstellten Spitalisten aufgeführt und damit als Leistungserbringer im Sinne des KVG zugelassen sind. Das hat zur Folge, dass die Kosten der erbrachten stationären Behandlungen von den Spitälern als Leistungserbringern zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden. Die Vergütungen dürfen jedoch **keine** Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten (Art. 49 Absatz 3). Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten u.a. die Kosten für die Forschung und universitäre Lehre, Art. 49 Absatz 3 Bst. b KVG, zu denen nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL⁵) auch die Weiterbildung der Studierenden eines im Medizinalberufegesetz geregelten Berufes bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels gehören. Das bedeutet, dass diese Kosten nicht von den Krankenversicherern im Sinne des KVG übernommen werden, sondern als Pflichtleistung von den Spitälern beziehungsweise deren Trägerschaften oder der sie unterstützenden Standortkantone zu übernehmen sind. Dies betrifft nur die Nettokosten für die Weiterbildung, können doch die Lohnkosten der Assistenzärztinnen und -ärzte bei der Kalkulation der Fallpauschalen durchaus berücksichtigt werden.

Die Belastung im Zusammenhang mit den Kosten der ärztlichen Weiterbildung, die in den einzelnen Kantonen unterschiedlich hoch ist, wird zudem weder im nationalen

⁴ Von den universitären Medizinalberufen im Sinne des MedBG benötigen nur die Ärzte und Chiropraktoren für die selbstständige Ausübung ihres Berufs einen eidgenössischen Weiterbildungstitel. Bezüglich der Beiträge der Kantone an die vom Verband der Chiropraktoren (ChiroSuisse) über die Akademie für Chiropraktik finanzierte Weiterbildung der Chiropraktoren hat der Vorstand am 31.5.2012 den Kantonen empfohlen, diese Beiträge fortzuführen.

⁵ SR 832.104



Finanzausgleich noch in der Interkantonalen Universitätsvereinbarung (IUV) vom 20. Februar 1997 berücksichtigt.

3 Vorarbeiten für den Ausgleich der Weiterbildungsleistungen der Spitäler und der Kantone

3.1 Berechnungsgrundlagen

Die Kosten- und Finanzierungstransparenz ist ein zentrales Problem bei der Erarbeitung eines neuen Finanzierungsmodells für die Abgeltung der Weiterbildungsleistungen der Spitäler. Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat im Auftrag der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) eine Studie zu den „Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern“ durchgeführt. Aufgrund der Schwierigkeiten in der bisherigen Kosten- und Leistungserfassung (z.B. die Berücksichtigung von Drittmitteln, unterschiedliche Erhebungsmethoden in den Spitälern) und der damit verbundenen Gefahr von Interpretationsfehlern können die Resultate der Studie leider nicht verallgemeinert werden.

Um den methodischen Schwierigkeiten abzuhelpen, hat die GDK das BFS beauftragt, die fehlenden analytischen Informationen zu beschaffen. Leider war es nicht möglich, eine trennscharfe Unterscheidung zwischen strukturierter und nicht strukturierter Weiterbildung vorzunehmen oder die Resultate auf die nichtuniversitären Spitäler zu extrapolieren. Die Plenarversammlung der GDK ergänzte deshalb die Datengrundlagen des BFS für die Kostenberechnungen mit einem normativen Ansatz, der durch Expertenmeinungen und zusätzliche Angaben aus den Kantonen untermauert wurde.

3.2 Entschädigungs- und Ausgleichsmodelle

Im Rahmen der Vorarbeiten zur Interkantonalen Vereinbarung (IKV) haben verschiedene Akteure Vergütungs- und Ausgleichsmodelle für die Weiterbildungsleistungen der Spitäler eingebracht.

Eine mit der Erarbeitung einer interkantonalen Lösung beauftragte Arbeitsgruppe mit Kantonsexperten hat diese evaluiert und anschliessend auf dieser Grundlage einen kurzfristig realisierbaren Lösungsvorschlag entwickelt. Im Folgenden werden die Überlegungen der Arbeitsgruppe zu den einzelnen Modellen zusammengefasst:

- **Poolmodell**

Die FMH hat einen Vorschlag für einen interkantonalen Pool vorgelegt. Konkret soll der Pool aus mehreren noch zu bestimmenden Quellen (z.B. Spitäler, Kantone, Bund) gespeist und durch das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF verwaltet werden. Weiterbildungsstätten würden daraus an die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung gebundene Gelder erhalten, die in pauschaler Form und ungeachtet der effektiven Kosten ausbezahlt würden. Die Höhe der Beiträge soll dabei zu Beginn für alle Weiterbildungsstätten gleich gross sein; später jedoch als Regulierungsinstrument zur Steuerung der Wahl von Weiterbildungsgängen (Disziplinen) und Weiter-



bildungsstätten (Regionen) angepasst werden können. Dieses Modell ist kaum praxistauglich.

- IUV-plus

Gemäss der Interkantonalen Universitätsvereinbarung vom 20. Februar 1997 (IUV) muss der Kanton, in dem der Maturitätsausweis erworben wurde, einen bestimmten finanziellen Beitrag an die Universitätskantone entrichten. Eine Ausdehnung dieser Vereinbarung auf die Weiterbildung wäre die pragmatische Lösung der Wahl gewesen, stiess jedoch bei den interkantonalen Institutionen und kantonalen Bildungsdepartementen auf erheblichen Widerstand.

- Finanzausgleichsmodell der GDK-Ost

2011 haben die der GDK-Ost angehörenden Kantone ein Finanzausgleichsmodell für die ärztliche Weiterbildung und die medizinische Forschung entwickelt und eingeführt. Die Absicht ist, das regional limitierte Modell durch eine gesamtschweizerische Vereinbarung abzulösen. Das Modell der GDK-Ost weist neben einer Bevölkerungskomponente eine Komponente auf, die mit der Zahl der ausserkantonalen Spitalaufenthalte zusammenhängt. Im Ausgleich steht primär der Kanton Zürich, der an seine Aufwendungen für universitäre Lehre und Forschung der drei Universitätsspitäler (USZ, Kinderspital, Balgrist) von den übrigen Vereinbarungskantonen einen Pauschalbeitrag von CHF 3.00 pro Einwohner und von CHF 600.00 pro gewichteten anrechenbaren Fall zugesprochen erhält. In den Ausgleich gelangen sodann die Standort-Kantone der Kantonsspitäler Graubünden, Frauenfeld, Münsterlingen, St. Gallen, Schaffhausen und Winterthur sowie des Ostschweizer Kinderspitals und des Stadtsitals Triemli mit CHF 200.00 pro gewichteten anrechenbaren Fall.

Das dem vorliegenden Vereinbarungsentwurf zugrunde gelegte Ausgleichsmodell stützt sich auf die mit diesem Modell gemachten Erfahrungen. Aufgrund der gesamtschweizerisch komplexen interkantonalen Patientenströme wurde das Berechnungs- und Verteilungsmodell vereinfacht.

4 Das Finanzierungs- und Ausgleichsmodell des ersten IKV-Vernehmlassungsentwurfs

Gestützt auf die Berechnungen des BFS und die Zahlen, die von den Vertretern der Spitäler eingereicht wurden, wurde seitens der Arbeitsgruppe der Kantone ursprünglich in Aussicht genommen, dass die Kantone pro Assistenzärztin/-arzt einen Jahresbeitrag von CHF 30'000 an die Universitätsspitäler und von CHF 20'000 an die nichtuniversitären Spitalern entrichten. Dies hätte eine Beitragssumme von 200 Millionen ergeben. Die Arbeitsgruppe bewertete diese Pauschalen nach einer erneuten Auswertung der Resultate der Studie des BFS, einer



Diskussion mit den kantonalen Verantwortlichen und der Gegenüberstellung der Resultate mit den Erklärungen der Kantone als zu hoch⁶.

Die Plenarversammlung der GDK legte am 22. November 2012 gestützt auf den angepassten Vorschlag der Arbeitsgruppe die Beiträge der Kantone an die Spitäler fest (24'000 CHF für Ärzte in Weiterbildung an einem Universitätsspital, 18'000 CHF an einem grossen Zentrumsspital und 15'000 CHF an allen anderen Spitälern, welche die Beitragsanforderungen erfüllen). Zudem hat sie sich für einen interkantonalen Finanzausgleich ausgesprochen, der nach dem Bevölkerungsmodell erfolgen und frühestens im Januar 2015 in Kraft treten soll.

5 Ergebnisse der Vernehmlassung

Zusammenfassung der Ergebnisse⁷ der Vernehmlassung zum ersten Entwurf

- a) Der Kanton JU hat keine Stellungnahme abgegeben.
- b) Vierzehn Kantone stimmen der Vereinbarung zu (AG, AI, AR, BE, BL, BS, GE, GL, SG, SO, TG, TI, VD, ZH), während zwei Kantone sie hauptsächlich aus finanzpolitischen Gründen ablehnen (NW, SZ). Es wird auf die Ausgleichsmechanismen gemäss dem Bundesgesetz über den Finanz- und Lastenausgleich (FiLaG) hingewiesen (SZ, GL).
- c) Neun Kantone signalisieren Vorbehalte gegenüber der Vereinbarung. Das Hauptargument betrifft die erhebliche finanzielle Belastung der Zahlerkantone. Einige geben mehr oder weniger deutlich zu erkennen, dass sie bereit wären, ihre Meinung zu ändern, wenn ihre Forderungen berücksichtigt würden (GR, LU, OW, ZG) und wenn die Belastung z.B. zeitlich abgestuft wenn nicht sogar erheblich herabgesetzt würde.
- d) Einer Reihe von Kantonen widerstrebt das „Universitätsprivileg“ oder die Unterscheidung zwischen Zentrumsspitalen und übrigen Spitälern. Sie heben hervor, dass die Weiterbildung der Assistenten zu Beginn hauptsächlich an den nichtuniversitären Einrichtungen stattfindet. Gerade in dieser Zeit benötigten diese die meiste Supervision und mehr „Bed side teaching“.
- e) Zwei Antworten betreffen das Berechnungsmodell. Es wird geltend gemacht, dass die Verteilung nach der Bevölkerung Verzerrungen zwischen den bevölkerungsreichen und den Kantonen mit weniger Einwohnern schaffe. Beispielsweise würde der Kanton Bern mit 3 Millionen CHF entschädigt, während der Kanton Basel ungefähr 8 Millionen CHF erhalten würde. Ausserdem wird vorgeschlagen, eine leistungsabhängige Pauschale zu Lasten des Wohnsitzkantons des Patienten einzuführen.
- f) Die Festlegung der Anzahl der Ärzte in Weiterbildung und der Pauschalen während der ersten 5 Jahre sei zu lang.

⁶ Nach den Schätzungen des BFS entspricht die erteilte (strukturierte und nicht strukturierte) Weiterbildung in einem Universitätsspital im Durchschnitt einem Wert von CHF 34,4 Millionen. Die Zahl der VZÄ liegt im Durchschnitt bei 613. Somit betragen die durchschnittlichen Kosten der Weiterbildung CHF 56'000.-, d.h. 28'000.- für die strukturierte Weiterbildung.

⁷ Die ausführlicheren Vernehmlassungsergebnisse sind in einem separaten Dokument synoptisch dargestellt.



Angesichts der vorgenannten wesentlichen Kritikpunkte verlangte der Vorstand, für seine Sitzung vom 24.10.2013 Änderungen der Vereinbarung vorzuschlagen, die eine Verringerung der finanziellen Belastung der Zahlerkantone erlauben.

6 Vorschläge

6.1 Option 1

Auf innerkantonomer Ebene werden Pauschalen in Höhe von 24'000, 18'000 und 15'000 CHF gewährt. Für den Ausgleich unter den Kantonen wird eine einheitliche Pauschale von nur 15'000 CHF zugrunde gelegt.

6.2 Option 2

Die Pauschalen 24'000, 18'000 und 15'000 CHF gelten auf innerkantonale Ebene wie auch für den Ausgleich unter den Kantonen. Während der ersten fünf Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung wird ein Rabatt von 50% auf die innerkantonale zu zahlenden Beiträge gewährt.

6.3 Option 3

Auf der innerkantonomer Ebene wird ein Mindestbeitrag von 15'000 CHF festgelegt. Den Kantonen steht es frei, höhere Beiträge auszurichten (z.B. für Universitätsspitäler oder Kosten der unstrukturierten Weiterbildung). Für den Ausgleich unter den Kantonen wird eine einheitliche Pauschale von 15'000 CHF zugrunde gelegt.

6.4 Beschluss der Plenarversammlung vom 21.11.2013

Die Plenarversammlung der GDK hat an ihrer Sitzung vom 21.11.2013 als Kompromiss die Option 3 gewählt: Innerkantonale wird als Mindestpauschale ein einheitlicher Betrag von 15'000 CHF festgelegt, mit dem sich die Kantone an den Kosten ihrer Spitäler an der erteilten strukturierten Weiterbildung pro Jahr und Assistenzarztstelle beteiligen. Eine Beteiligung am Ausgleich unter den Kantonen wird auf 15'000 CHF beschränkt.

Sie hat beschlossen, diese Variante wiederum den Kantonen zur Vernehmlassung zu unterbreiten, um eine einstimmige Verabschiedung durch die GDK im Mai 2014 sicherzustellen.

Die von der Plenarversammlung der GDK gewählte Variante stellt eine Kompromisslösung dar, die die beiden in der Vernehmlassung gestellten Hauptforderungen auf einfache Weise und dauerhaft erfüllt: eine gleiche Behandlung der Universitäts-, Zentrums- und übrigen Spitäler sowie die Verringerung der finanziellen Belastung der Zahlerkantone um nahezu 50% gegenüber der Vernehmlassungsversion. Aufgrund der massiven Reduzierung dieser Beiträge kann auf die in der Vernehmlassungsversion vorgesehene Etappierung der Belastung in den Einführungsjahren der Vereinbarung verzichtet werden. Die Festlegung einer einheitlichen Mindestbeitrages rechtfertigt sich u.a. auch aufgrund des Umstandes, dass durch die Vereinbarung nicht die tatsächlichen Weiterbildungskosten gedeckt werden, sondern je nach spitalindividueller Kostensituation nur ein Teil der Kosten der erteilten strukturierten Weiterbildung.



6.5 Finanzielle Belastungs- und Entlastungsänderungen

In Tabelle 1 sind die Nettoflüsse pro Kanton dargestellt und die Veränderungen gegenüber der ersten Anhörungsfassung (anhand der Zahlen für 2010).⁸

	A=24/18/15 Vorlage vom 23.5.2013	B=15/15/15 Vorlage vom 21.11.2013	B-A
AG	-3'849'287	-2'234'255	1'615'032
AI	-308'455	-250'676	57'779
AR	-345'774	-149'620	196'155
BE	3'144'586	1'403'489	-1'741'097
BL/BS	8'323'972	5'345'714	-2'978'258
BL		-164'020	
BS		5'510'380	
FR	-2'667'365	-1'620'348	1'047'017
GE	4'268'088	1'166'974	-3'101'114
GL	-364'705	-220'441	144'264
GR	-776'126	-64'744	711'383
JU	-644'999	-385'545	259'454
LU	-1'504'013	-821'245	682'768
NE	-852'511	-215'468	637'043
NW	-605'613	-453'621	151'992
OW	-508'220	-376'101	132'119
SG	-921'269	36'586	957'855
SH	-668'468	-384'725	283'743
SO	-2'400'663	-1'455'220	945'443
SZ	-2'149'762	-1'605'460	544'302
TG	-2'114'029	-1'186'987	927'042
TI	-1'722'857	-482'998	1'239'859
UR	-416'347	-286'068	130'279
VD	5'664'253	2'747'692	-2'916'561
VS	-2'551'506	-1'385'619	1'165'887
ZG	-1'393'597	-970'006	423'591
ZH	5'364'734	3'849'378	-1'515'356
Nettoflüsse	26'765'633	14'513'247	

⁸ Die Tabelle wird nach der Vernehmlassung und vor der definitiven Verabschiedung durch die Plenarversammlung der GDK vom 22. Mai 2014 noch mit den zuletzt verfügbaren Datengrundlagen gemäss Art. 3 und 5 aktualisiert. Es können daraus noch kleinere Veränderungen in den Beträgen resultieren.



7 Von der Plenarversammlung am 21. November 2013 verabschiedete Änderungen des Vereinbarungsentwurfs

7.1 Artikel 1 betreffend Gegenstand und Zweck der Vereinbarung

¹Die Vereinbarung legt den Mindestbeitrag fest, mit dem sich die Standortkantone an den Kosten der Spitäler für die erteilte strukturierte die Beiträge, die die Standortkantone den Spitälern an die Kosten der erteilten strukturierten Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten gemäss Medizinalberufegesetz beteiligen.

²Sie regelt zudem den Ausgleich des unterschiedlichen Kostenaufwands der Kantone durch die Gewährung der Mindestbeiträge gemäss Abs. 1. Mit dem interkantonalen Ausgleich wird der durch die Gewährung der Beiträge gemäss Abs. 1 unterschiedliche Kostenaufwand der Kantone ausgeglichen

Gemäss dem Beschluss der Plenarversammlung vom 21.11. 2013 wird in Artikel 1 präzisiert, dass im Sinne der Einführung eines Grundsatzes der Solidarität unter den Kantonen ein Mindestbeitrag festgelegt wird, mit dem sich die Standortkantone einerseits an den in ihrem Kanton befindlichen Spitälern entstehenden Kosten der Weiterbildung beteiligen, andererseits unter den Kantonen der hierdurch entstehende unterschiedliche finanzielle Aufwand ausgeglichen wird. Dieser Beitrag wird normativ festgelegt auf der Basis von erfolgten Kostenstudien. Soweit im Rahmen der Vernehmlassung auf die Ausgleichsmechanismen gemäss dem Bundesgesetz über den Finanz- und Lastenausgleich (FiLaG) hingewiesen wurde, so muss an dieser Stelle deutlich hervorgehoben werden, dass der hier geregelte Sachverhalt nicht von Art. 48a BV erfasst wird und daher gemäss dem FiLaG die vorliegende Vereinbarung nicht Gegenstand einer Allgemeinverbindlichkeitserklärung oder einer Beteiligungspflicht der Kantone sein könnte.

7.2 Artikel 2 betreffend Beiträge der Standortkantone

Absatz 1

¹Die Standortkantone richten den Spitälern pro Jahr und Ärztin und Arzt in Weiterbildung (Vollzeitäquivalent) pauschal CHF 15'000 aus.

¹~~Die Standortkantone richten den Spitälern pro Jahr und Ärztin und Arzt in Weiterbildung (Vollzeitäquivalent) pauschal folgende Beiträge aus:~~

- | | |
|--|-----------------------|
| a. Ärztin/Arzt an einem Universitätsspital: | CHF 24'000 |
| b. Ärztin/Arzt an einem grossen Zentrumsspital: | CHF 18'000 |
| c. Ärztin/Arzt an übrigen Spitälern: | CHF 15'000 |

Aufgrund der von einer Reihe von Zahlerkantonen in Hinsicht auf die finanziellen Belastungen geäusserten Vorbehalte wird in Vereinfachung des ursprünglichen Modells ein einheitlicher Mindestbeitrag der Standortkantone von 15'000 CHF an alle dort befindlichen



Spitäler, die Ärzte weiterbilden, unter Aufgabe der in der ersten Vorlage vorgesehenen Kategorisierung in Universitätsspitäler grosse Zentrumsspitäler und restliche Spitäler, festgelegt. Wie hoch die Zusatz- oder Minderkosten für die einzelnen Kantone bei Zugrundelegung der jetzt festgelegten Mindestpauschale von 15'000 CHF sein werden, kann seitens der GDK nicht quantifiziert werden, weil die Beiträge, die die einzelnen Kantone bislang ihren in der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzten tätigen Spitälern ausgerichtet haben, der GDK nicht bekannt sind.

Absatz 2

² Die Standortkantone können den Spitälern höhere Beiträge ausrichten. Diese werden unter den Kantonen nicht ausgeglichen.

~~² Sofern die Standortkantone den Spitälern höhere Beiträge ausrichten, werden diese für den Ausgleich gemäss Abschnitt II nicht berücksichtigt.~~

Mit der neuen Formulierung wird verdeutlicht, dass es den Standortkantonen selbstverständlich frei steht, höhere Beiträge zu zahlen. Damit ändert sich allerdings nichts daran, dass die die Mindestbeiträge übersteigenden Zahlungen unter den Kantonen nicht auszugleichen sind.

Absatz 4

⁴ Der Beitrag gemäss Art. 2 wird an die Preisentwicklung angepasst, wenn der Landesindex der Konsumentenpreise um mindestens 10 Prozentpunkte gestiegen ist. Die Beschlussfassung erfolgt bis zum 30. Juni mit Wirkung auf das folgende Kalenderjahr. Massgebend ist der Indexstand im Januar des Jahres der Inkraftsetzung der Vereinbarung.

~~⁴ Die Beiträge können der Kosten- und der Lohnentwicklung angepasst werden, erstmals fünf Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung.~~

Mit der Bezugnahme auf die Preisentwicklung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise wird zwar eine periodische Anpassung der Beiträge ermöglicht, jedoch vermieden, dass diese gleichsam jährlich mit einer gewissen Automatik vorzunehmen ist. Zudem stellt diese Referenzgrösse ein einfaches Instrument dar, allfällige Anpassungen vorzunehmen. Die Umsetzung der Anpassung wird Aufgabe der Versammlung der Vereinbarungskantone (Art. 6 Absatz 1 Bst. d) sein.

Absätze 5 und 6

~~⁵ Als Universitätsspitäler gelten die Spitäler gemäss Anhang 1 der Vereinbarung. Als grosse Zentrumsspitäler gelten die Spitäler, die am Standort des Zentrumsspitals mehr als 200 Vollzeitäquivalente Ärztin/Arzt in Weiterbildung angestellt haben.~~

~~⁶ Der Anhang 1 kann angepasst werden, erstmals fünf Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung.~~

Die Absätze 5 und 6 sind infolge der Änderung des Absatzes 1 gegenstandslos und daher zu streichen.



7.3 Artikel 5 betreffend die Berechnungsmethode

¹Der Ausgleich unter den Kantonen wird in folgenden Schritten ermittelt:
(unverändert)

²~~Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft gelten für die Ermittlung des Ausgleichs als ein Kanton.~~

³²Der Ausgleich erfolgt jährlich.

⁴~~Für die ersten fünf Jahre der Geltungsdauer der Vereinbarung werden die Zahlungsverpflichtungen bzw. Ansprüche der Kantone gemäss der Tabelle im Anhang 2 festgelegt. Vorbehalten bleiben Korrekturen aufgrund von Plausibilisierungen gemäss Art. 6 Abs. 2 Bst. e.~~

⁵~~Danach erfolgt die Berechnung des Ausgleichs jeweils periodisch.~~

Die Absätze 2, 4 und 5 werden gestrichen; dadurch ändert sich die Nummerierung.

Die in der bisherigen Vorlage für die Ermittlung des Ausgleichs erfolgte Trennung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft wird in Anbetracht der vereinheitlichten und reduzierten Mindestpauschale aufgegeben, weil diese annähernd zu einer Halbierung des in der Vernehmlassungsvorlage errechneten, von beiden Kantonen zu beziehenden Betrages führt und damit die Differenz zum Kanton Bern nicht mehr so krass ist, dass man sie durch Einbezug des Kantons Basel-Landschaft absenken müsste.

Infolge des Wegfalls der in der Vernehmlassungsvorlage noch vorgesehenen Etappierung der Belastung während der Einführungsjahre der Vereinbarung (vgl. 6.3) werden die Absätze 4 und 5 gegenstandslos.

7.4 Artikel 6 Absatz 2 betreffend die Versammlung der Vereinbarungskantone

²Die Versammlung hat folgende Aufgaben:

- a. Wahl des Vorsitzes;
- b. Erlass eines Geschäftsreglements;
- c. Bezeichnung der Geschäftsstelle;
- d. Anpassungen des Mindestbeitrags ~~der Beiträge~~ gemäss Artikel 2 Absatz 4;
- e. ~~Anpassung des Anhangs 1 gemäss Artikel 2 Absatz 6;~~
- e. Plausibilisierung der Vollzeitäquivalente gemäss Artikel 3;
- f. Festlegung des Ausgleichs gemäss Artikel 5;
- g. Jährliche Berichterstattung an die Vereinbarungskantone.

Die Anpassung in Bst. d folgt aus der Änderung der Artikel 1 und 2. Die Streichung des Bst. e ergibt sich aus der Änderung des Artikels 2, der eine Kategorisierung der Spitäler und damit eine Auflistung der Universitätsspitäler erübrigt.



7.5 Artikel 10 betreffend Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt auf den 1. Januar des Jahres in Kraft, der dem Beitritt des letzten Kantons folgt, frühestens am 1. Januar 2017. Sie ist dem Bund zur Kenntnis zu bringen.

Aufgrund der unterschiedlichen und zeitaufwändigen Ratifizierungsverfahren kann das Inkrafttreten der Vereinbarung erst auf den 1. Januar 2017 vorgesehen werden.

7.6 Anhänge 1 und 2

Der *Anhang 1* (Liste der Universitätsspitäler) ist wegen der Änderung des Artikels 2 überflüssig und folglich zu streichen. Daher verbleibt nur der Anhang mit der Tabelle der Ausgleichsbeträge, so dass die Ziffer „2“ dort ebenso entfällt wie in Artikel 5 Absatz 4. Zudem ist wegen der Verschiebung der voraussichtlichen Beschlussfassung der Plenarversammlung der GDK das Beschlussdatum in den Erläuterungen zur Tabelle entsprechend zu ändern.



8 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln mit integrierten Änderungen vom 21.11.2013

Art. 1 *Gegenstand und Zweck*

¹ Die Vereinbarung legt den Mindestbeitrag fest, mit dem sich die Standortkantone an den Kosten der Spitäler für die erteilte strukturierte die Beiträge, die die Standortkantone den Spitälern an die Kosten der erteilten strukturierten Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten gemäss Medizinalberufegesetz beteiligen.

² Sie regelt zudem den Ausgleich des unterschiedlichen Kostenaufwands der Kantone durch die Gewährung der Mindestbeiträge gemäss Abs. 1.

Absatz 1

Gemäss Art. 48 der Bundesverfassung (BV) können die Kantone im Rahmen ihrer Kompetenzen miteinander Verträge schliessen. Diese dürfen den Interessen des Bundes nicht zuwiderlaufen. Die vorliegende Vereinbarung hat zum einen die kantonale Unterstützung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und zum anderen eine gerechte Verteilung der hieraus resultierenden finanziellen Belastung unter den Kantonen zum Gegenstand.

Gegenwärtig fallen die Kosten der ärztlichen Weiterbildung hauptsächlich den Kantonen zur Last, weil die Weiterbildung zum grossen Teil in Spitälern erfolgt, die von den Kantonen getragen beziehungsweise finanziert werden.

Weiterbildung ist die Tätigkeit nach erfolgreich beendetem Medizinstudium mit dem Ziel, einen Facharzttitel als Ausweis für die Befähigung zur kompetenten ärztlichen Tätigkeit auf einem Fachgebiet zu erwerben⁹. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt keine Kosten der „Forschung und universitären Lehre“ (Art. 49 Absatz 3 Bst. b), zu denen nach Art. 7 Abs. 1 lit. b der VKL auch die Kosten der Weiterbildung gehören¹⁰. Es werden nur Beiträge an die Kosten der **erteilten** strukturierten Weiterbildung geleistet. Die strukturierte Weiterbildung umfasst die Tätigkeiten, die im Rahmen der Lehrveranstaltungen für die Weiterbildung entsprechend den Weiterbildungsrichtlinien vorgesehen sind. Zudem muss zwischen der erhaltenen (Perspektive der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) und der erteilten Lehre (Perspektive der Dozenten unterschieden werden. Letztere umfasst die Kosten der Lehrtätigkeit wie Durchführung der praktischen Arbeiten, Seminare, Vorträge, Kolloquien, Vorbereitung /Korrekturen von Examen, Vorbereitung von Lehrprogrammen/ Lehrveranstaltungen, nicht jedoch die Kosten, die den Weiterbildungsstätten durch die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte an der Weiterbildung entstehen.

Gemäss dem Beschluss der Plenarversammlung vom 21.11.2013 wird in Artikel 1 präzisiert, dass Gegenstand der Vereinbarung nicht die tatsächlichen Kosten der Weiterbildung, sondern im Sinne der Einführung eines Grundsatzes der Solidarität unter den Kantonen ein Mindestbeitrag festgelegt wird, mit dem sich die Standortkantone einerseits an den in ihrem Kanton befindlichen Spitälern entstehenden Kosten der Weiterbildung beteiligen, andererseits unter den Kantonen der hierdurch entstehende unterschiedliche finanzielle Aufwand ausgeglichen wird.

⁹ Art. 2 Weiterbildungsordnung v. 21. Juni 2001 (WBO).

¹⁰ Die Löhne der Assistenzärzte gehen unabhängig davon weiterhin als Betriebskosten der Spitäler zu Lasten der Krankenversicherer.



Absatz 2

Der interkantonale Ausgleich bezweckt, die aufgrund der unterschiedlichen Zahl von Ärztinnen und -ärzten, die sich in den Spitälern in Weiterbildung befinden, resultierende unterschiedliche finanzielle Belastung unter den Kantonen auszugleichen, und zwar unabhängig davon, ob diese in Universitätsspitalern, Zentrumsspitalern und übrigen Spitälern stattfindet.

Artikel 2 Beiträge der Kantone

¹ Die Standortkantone richten den Spitälern pro Jahr und Ärztin und Arzt in Weiterbildung (Vollzeitäquivalent) pauschal CHF 15'000 aus.

² Die Standortkantone können den Spitälern höhere Beiträge ausrichten. Diese werden unter den Kantonen nicht ausgeglichen.

³ Die Standortkantone überprüfen, ob die Weiterbildungsstätten ihrer Spitäler über eine Anerkennung gemäss der vom Bund akkreditierten Weiterbildungsordnung verfügen.

⁴ Der Beitrag gemäss Art. 2 wird an die Preisentwicklung angepasst, wenn der Landesindex der Konsumentenpreise um mindestens 10 Prozentpunkte gestiegen ist. Die Beschlussfassung erfolgt bis zum 30. Juni mit Wirkung auf das folgende Kalenderjahr. Massgebend ist der Indexstand im Januar des Jahres der Inkraftsetzung der Vereinbarung.

Absatz 1

Aufgrund der von einer Reihe von Zahlerkantonen in Hinsicht auf die finanziellen Belastungen geäusserten Vorbehalte wird in Vereinfachung des Modells der ersten Vernehmlassungsvorlage ein einheitlicher Mindestbeitrag der Standortkantone von 15'000 CHF an alle dort befindlichen Spitäler, die Ärzte weiterbilden, unter Aufgabe der in der ersten Vorlage vorgesehenen Kategorisierung in Universitätsspitäler, grosse Zentrumsspitäler und restliche Spitäler, festgelegt. Dieser Beitrag wird normativ festgelegt auf der Basis von erfolgten Kostenstudien.

Absatz 2

Den Standortkantonen steht es frei, den Spitälern höhere als die vorgenannten Pauschalen zu entrichten, sie können die die Pauschalen übersteigenden Beträge jedoch nicht im Rahmen des interkantonalen Ausgleichs geltend machen.

Absatz 3

Die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»¹¹ empfahl, die Ausrichtung von Unterstützungsbeiträgen von der Einhaltung von Qualitätskriterien abhängig zu machen, wie der Verpflichtung, vom SIWF definitiv als Weiterbildungsstandort anerkannt worden zu sein. Ausserdem sollten für die Auszahlung des Beitrags folgende weitere Qualitätskriterien zu erfüllen sein:

¹¹ Die Ergebnisse ihrer Arbeit sind in Form eines Berichts und des Modells PEP verfügbar, die der Dialog Nationale Gesundheitspolitik am 25. August 2011 genehmigt hat. (Links [D](#) / [E](#))



- Die Institution verfügt über ein aktuelles und genehmigtes Weiterbildungskonzept, in dessen Rahmen der Bedarf der Institution an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten und das Weiterbildungspotenzial der Assistenzärzte veranschlagt wurde.
- Die Assistenzärztinnen und -ärzte erhalten einen Ausbildungsvertrag, in dem die Ziele und die Leistungen der Weiterbildung vereinbart sind.
- Die Institution verfügt über mindestens eine/n Weiterbildungs Koordinator/in oder eine/n Weiterbildungsdelegierte/n.
- Die Ausbilder/Ausbildnerinnen verfügen über didaktische Qualifikationen und greifen auf «Teach the Teacher»-Angebote zurück.
- Der spezifische Bedarf im Bereich der Hausarztmedizin wird berücksichtigt.

Die vorstehend aufgeführten Qualitätskriterien als Teil der Anerkennung des SIWF sind im Wesentlichen bereits in der vom Bund akkreditierten Weiterbildungsordnung (WBO) abgebildet. In Anbetracht der Grundsätze des Modells PEP (pragmatisch, einfach, pauschal) wird jedoch auf eine Nachprüfung dieser Kriterien in Rahmen des Ausgleichs verzichtet, weil das den Vollzug dieser Vereinbarung erschweren würde.

Der spezifische Weiterbildungsbedarf im Bereich der Hausarztmedizin ist in den von den Kantonen mit den Spitälern zu schliessenden Leistungsvereinbarungen zu regeln. Diese können beispielsweise höhere Entschädigungen für die Einrichtung entsprechender Weiterbildungsstellen bei Grundversorgern im ambulanten Bereich oder die Verpflichtung zur Berücksichtigung von angehenden Ärztinnen und Ärzten mit dem Weiterbildungstitel „allgemeine innere Medizin“ in gewissen zweckmässigen anderen Weiterbildungsrichtungen (Chirurgie, Dermatologie etc.) vorsehen.

Ursprünglich wurde vorgeschlagen, dass die Kantone nur die zu einem ersten Facharztstitel führende Weiterbildung finanziell unterstützen. Da in den Statistiken des BFS keine Unterscheidung vorgenommen wird, ob eine Person den ersten oder einen weiteren Titel anstrebt, wird davon abgesehen, Ärztinnen und Ärzte, die Weiterbildungsgänge zu mehreren Facharzttiteln absolvieren, von dieser Vereinbarung auszunehmen.

Absatz 4

Mit der Bezugnahme auf die Preisentwicklung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise wird zwar eine periodische Anpassung der Beiträge ermöglicht, jedoch vermieden, dass diese gleichsam jährlich mit einer gewissen Automatik vorzunehmen ist. Zudem stellt diese Referenzgrösse ein einfaches Instrument dar, allfällige Anpassungen vorzunehmen. Die Umsetzung der Anpassung wird Aufgabe der Versammlung der Vereinbarungskantone (Art. 6 Absatz 1 Bst. d) sein.

Artikel 3 Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte (Vollzeitäquivalente), für die den Spitälern Beiträge gewährt werden, richtet sich nach der Erhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS). Vorbehalten bleiben Korrekturen aufgrund von Plausibilisierungen gemäss Artikel 6 Absatz 2 Bst. e.

Um eine Vergleichbarkeit der Anzahl der an den Spitälern sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte herzustellen, werden diese in Vollzeitäquivalenten (50 Stunden Woche) ausgedrückt. Die Anzahl der zu berücksichtigenden Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wird vorbehältlich der Erlangung plausibilisierter Daten (s. Erläuterungen zu Artikel 6 Absatz 2) aufgrund der entsprechenden Erhebungen des BFS ermittelt.



Artikel 4 Standortkanton

Standortkanton ist der Kanton, in dem das Spital liegt.

Da Standortkanton der Kanton ist, auf dessen Gebiet das Spital liegt, folgt daraus, dass dieser Grundsatz auch dann gilt, wenn ein Spital von mehreren Kantonen getragen wird. Konkret heisst das, dass z.B. Standortkanton der Höhenklinik Davos, die (auch) vom Kanton Zürich getragen wird, der Kanton Graubünden ist. Es ist Sache der betroffenen Trägerkantone, mit den Standortkantonen einen Ausgleich vorzunehmen. Eine andere Regelung würde einen unangemessenen Regulierungsaufwand im Rahmen dieser Vereinbarung nach sich ziehen.

Artikel 5 Berechnungsmethode

¹ Der Ausgleich unter den Kantonen wird in folgenden Schritten ermittelt:

1. Ermittlung der Beitragsleistungen pro Kanton;
2. Summierung der Beitragsleistungen aller Kantone;
3. Teilung der Summe durch das Total der Schweizer Bevölkerung;
4. Multiplikation des gemittelten pro Kopf-Beitrages für jeden Kanton mit seiner Bevölkerung;
5. Gegenüberstellung der Beitragsleistung eines jeden Kantons mit den gemittelten Werten;
6. Die Differenz der Werte gemäss Schritt 5 bildet den vom Kanton als Ausgleich zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beitrag.

² Der Ausgleich erfolgt jährlich.

Absatz 1

Die Berechnung des Ausgleichs erfolgt nach dem Bevölkerungsmodell, dem das Plenum der GDK am 22. November 2012 zugestimmt hat und erfolgt gemäss den in Art. 5 beschriebenen Schritten, deren letzter entweder einen in den Ausgleich zu zahlenden oder einen aus dem Ausgleich zu beziehenden Betrag ausweisen wird. Für das Total der Schweizer Bevölkerung (Schritt 3) ist massgeblich die Wohnbevölkerung gemäss der Statistik des BFS zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung und der Haushalte am 31. Dezember des jeweils letzten verfügbaren Jahres (STATPOP). Als zusätzliches Kriterium für die Verteilung der Ausgleichssumme die Anzahl der in einem Kanton niedergelassenen Ärzte einzubeziehen wird als kaum umsetzbar und angesichts der laufenden Entwicklung zur Aufhebung der kantonalen Grenzen im KVG sowie der Tatsache, dass ärztliche Behandlungen eher am Arbeits- als am Wohnort erfolgen, verworfen.

Absatz 2

Der Ausgleich soll jährlich vorgenommen werden. Dafür ist die Basis zu bestimmen, d.h., festzulegen, welche Erhebungen des BFS für die Berechnung zugrunde zu legen sind. Auf der Basis der Erhebungen des BFS für das Jahr 2010 ergibt sich insgesamt ein Ausgleichsvolumen von rund 14.5 Millionen CHF. Bis zur (geplanten) Verabschiedung der Vereinbarung durch die Plenarversammlung der GDK im Mai 2014 wird die Tabelle im



Anhang noch mit den zuletzt verfügbaren Datengrundlagen gemäss den Artikeln 3 und 5 aktualisiert werden.

Artikel 6 Versammlung der Vereinbarungskantone

¹Der Vollzug dieser Vereinbarung obliegt der Versammlung der Vereinbarungskantone (Versammlung).

²Die Versammlung hat folgende Aufgaben:

- a. Wahl des Vorsitzes;
- b. Erlass eines Geschäftsreglements;
- c. Bezeichnung der Geschäftsstelle;
- d. Anpassungen des Mindestbeitrags gemäss Artikel 2 Absatz 4;
- e. Plausibilisierung der Vollzeitäquivalente gemäss Artikel 3;
- f. Festlegung des Ausgleichs gemäss Artikel 5;
- g. Jährliche Berichterstattung an die Vereinbarungskantone.

³Die Beschlüsse der Versammlung erfordern Einstimmigkeit.

Absatz 1

Träger der Vereinbarung sind die der Vereinbarung beigetretenen Kantone. Die in der Plenarversammlung der GDK vertretenen Regierungsmitglieder der Kantone bilden wiederum die Versammlung der Kantone (Versammlung), der der Vollzug der Vereinbarung obliegt.

Absatz 2

Absatz 2 beschreibt die Aufgaben der Versammlung. Das sind die Wahl des Vorsitzes, der Erlass eines Geschäftsreglements, die Bezeichnung der Geschäftsstelle sowie die Anpassung des pauschalen Beitrags an die Spitäler (Art. 2 Abs.4), ausserdem die Plausibilisierung der von den Kantonen im Rahmen der Erhebungen des BFS angegebenen Vollzeitäquivalente (siehe Vorbehalt gemäss Art. 3) und schliesslich der Jahresbericht. Im Geschäftsreglement werden die Einzelheiten zur Organisation, Arbeitsweise und Beschlussfassung der Versammlung geregelt werden. Geschäftsstelle der Versammlung soll das Zentralsekretariat der GDK sein, damit administrative Synergien gut genutzt werden können.

Es ist geplant, dass das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF mittels sogenannten elektronischen „Logbüchern“ der Assistenzärztinnen und Ärzte eigene zusätzliche automatisierte Erhebungen über die Anzahl Ausbildungsstellen an den Spitälern durchführt. Sobald solche Datenquellen zur Verfügung stehen, werden diese für die Ermittlung der Vollzeitäquivalente zur Plausibilisierung als Berechnungsgrundlage für die Beiträge der Standortkantone an die Spitäler herangezogen werden (Bst. e).



Absatz 3

Dieser Absatz legt fest, dass die Beschlüsse der Versammlung zur ihrer Wirksamkeit der Einstimmigkeit bedürfen, die faktisch bereits durch das Erfordernis des Beitritts aller Kantone (vgl. auch Erläuterungen zu Art. 10) sowie des Umstandes, dass der Austritt auch nur eines Kantons die Beendigung der Vereinbarung herbeiführt, besteht. Das Erfordernis der Einstimmigkeit zwingt die Kantone zu Verhandlungen.

Artikel 7 Vollzugskosten

Die Vollzugskosten dieser Vereinbarung werden von den Vereinbarungskantonen nach Massgabe der Einwohnerzahl getragen.

Die Kosten der Tätigkeit der Versammlung sowie der Geschäftsstelle werden von den Vereinbarungskantonen entsprechend ihrer Einwohnerzahl anteilmässig getragen. Da die (Plenar-)Versammlung und das Zentralsekretariat der GDK als Geschäftsstelle diese Vereinbarung vollziehen, liegt es nahe, dass die Kosten im Rahmen des Budgets der GDK einkalkuliert werden gemäss dem dort geltenden einwohnerbezogenen Beitragsschlüssel.

Artikel 8 Streitbeilegung

Die Vereinbarungskantone verpflichten sich, vor Anrufung des Bundesgerichts das im IV. Abschnitt der IRV¹² geregelte Streitbeilegungsverfahren anzuwenden.

Die Rahmenvereinbarung für die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich (Rahmenvereinbarung, IRV) vom 24. Juni 2005 regelt die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich in den Aufgabenbereichen gemäss Art. 48a BV. Sie sieht in Art. 31 Absatz 3 vor, dass die Kantone auf freiwilliger Basis auch Streitigkeiten aus interkantonalen Zusammenarbeitsverträgen in anderen Aufgabenbereichen dem in den Artikeln 31ff. geregelten Streitbeilegungsverfahren unterstellen können. Das Streitbeilegungsverfahren ist zweistufig. Es besteht aus einem informellen Vorverfahren vor dem Präsidium der KdK und einem förmlichen Vermittlungsverfahren vor der Interkantonalen Vertragskommission (IVK). Zweck der (freiwillig) übernommenen Verpflichtung, an den Streitbeilegungsverfahren teilzunehmen, ist die Vermeidung einer Klage gemäss Art. 120 Abs.1 Bst. b Bundesgerichtsgesetz¹³.

Artikel 9 Beitritt

Der Beitritt zu dieser Vereinbarung wird mit der Mitteilung an die GDK wirksam.

Mit der Mitteilung an die GDK wird der Beitritt eines Kantons zur Vereinbarung wirksam.

¹² Rahmenvereinbarung für die Zusammenarbeit mit Lastenausgleich vom 24. Juni 2005 (IRV).

¹³ Bundesgesetz v. 17. Juni 2005 über das Bundesgericht, SR 173.110



Artikel 10 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt auf den 1. Januar des Jahres in Kraft, der dem Beitritt des letzten Kantons folgt, frühestens am 1. Januar 2017. Sie ist dem Bund zur Kenntnis zu bringen.

Nur wenn alle Kantone der Vereinbarung beitreten und diese einvernehmlich vollziehen, kann ein gerechter Ausgleich der finanziellen Belastungen der Kantone infolge der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung erfolgen. Ausdruck dessen ist gerade das für die Berechnung des Ausgleichs gewählte Bevölkerungsmodell (s. Art. 5), dessen Berechnungsmethode die Teilnahme aller Kantone sowie den zahlenmässigen Einbezug der gesamten Schweizer Bevölkerung zugrunde legt. Das Fehlen auch nur eines Kantons würde dieses Modell hinfällig machen. Eine Verpflichtung der Kantone zur „Interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich“ gemäss Artikel 48a BV/Bundesgesetz über den Finanz- und Lastenausgleich ist nicht möglich, da die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung nicht zu den in Artikel 48a BV genannten Aufgabenbereichen gehört, bei denen der Bund einen interkantonalen Vertrag für allgemeinverbindlich erklären oder alle Kantone zur Beteiligung an einem solchen verpflichten könnte. Daher ist Bedingung für das Inkrafttreten der Vereinbarung, dass ihr alle Kantone beigetreten sind. Die Vereinbarung soll nach dem Beschluss der GDK vom 22. Mai 2014 [Beschlussvorbehalt] frühestens am 1. Januar 2017 und spätestens am 1. Januar des Jahres in Kraft treten, der dem Beitritt des letzten aller Kantone folgt. Da gemäss Art. 48 Abs. 3 BV Verträge zwischen Kantonen dem Recht und den Interessen des Bundes nicht zuwiderlaufen dürfen, sind sie dem Bund zur Kenntnis zu bringen.

Artikel 11 Austritt und Beendigung der Vereinbarung

¹Jeder Vereinbarungskanton kann den Austritt aus der Vereinbarung beschliessen und durch Erklärung gegenüber der GDK austreten. Der Austritt wird mit dem Ende des auf die Erklärung folgenden Kalenderjahres wirksam und beendet die Vereinbarung.

²Der Austritt kann frühestens auf das Ende des 5. Jahres seit Inkrafttreten der Vereinbarung erklärt werden.

Wie der Beitritt wird auch der Austritt eines Kantons durch Erklärung gegenüber der GDK wirksam. Die Kompetenz zur Beschlussfassung über einen allfälligen Austritt richtet sich nach dem jeweiligen kantonalen Recht. Der Austritt eines Kantons beendet gleichzeitig aus den in den Erläuterungen zu Art. 10 bereits genannten Gründen die Vereinbarung. In Anbetracht dieser weitreichenden Wirkung, dass nur ein Kanton unter Umständen verhältnismässig kurzfristig die Vereinbarung beenden könnte, ist es als Regulativ angemessen, die nach Absatz 1 mögliche kurzfristige Beendigung der Vereinbarung für diesen Zeitraum auszuschliessen.

Artikel 12 Geltungsdauer

Die Vereinbarung gilt unbefristet.

Die Vereinbarung wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen.



9 Zeitplan: Vernehmlassung und Beitritt der Kantone

Gemäss dem Beschluss der Plenarversammlung der GDK vom 21. November 2013 wird der geänderte Vereinbarungsentwurf den Kantonen zur Vernehmlassung unterbreitet. Die Vernehmlassung dauert bis zum 15. März 2014. Nach Auswertung der Stellungnahmen soll die Plenarversammlung der GDK am 22. Mai 2014 über die Annahme der Vereinbarung und gegebenenfalls über die Eröffnung des Beitrittsverfahrens der Kantone beschliessen. Das Inkrafttreten der Vereinbarung erfolgt in Abhängigkeit der kantonalen Ratifikationsverfahren, frühestens am 1. Januar 2017.

15.3.2014	Ende der Vernehmlassung
15.3. – 7.4.2014	Auswertung
22.5.2014	Plenarversammlung der GDK
1.6.2014	Eröffnung des Beitrittsverfahrens
Gemäss Ratifikationsverfahren in den Kantonen, frühestens 1.1.2017	Inkrafttreten

■