



Zentralsekretariat

87.233

Erläuternder Bericht

Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV) vom 20. November 2014

1 Ausgangslage	2
1.1 Vorschläge der Arbeitsgruppe	2
1.2 Ergebnisse der ersten Vernehmlassung	3
1.3 Ergebnisse der zweite Vernehmlassung	4
2 Finanzielle Belastungs- und Entlastungsänderungen	4
3 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln mit integrierten Änderungen	5



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 Weiterbildungskosten der Ärzte in Weiterbildung sind als gemeinwirtschaftliche Leistungen qualifiziert, aber diese Kosten werden nicht von den Krankenversicherern im Sinne des KVG übernommen, sondern sind als Pflichtleistung von den Spitälern beziehungsweise deren Trägerschaften oder der sie unterstützenden Standortkantone zu übernehmen. 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 Finanzausgleich noch in der Interkantonalen Universitätsvereinbarung (IUV) vom 20. Februar 1997 berücksichtigt.

Die am 14. September 2010 geschaffene Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»³ empfahl die Einführung des Modells «PEP» (pragmatisch, einfach und pauschal). Gemäss dem Modell «PEP» unterstützt der Kanton die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte mit einem finanziellen Beitrag, dessen Höhe proportional zur Zahl der Assistenzärzte ausfällt und der an die Spitäler ausgerichtet wird. 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).

1.1 Vorschläge der Arbeitsgruppe

Aufgrund der vorgeschlagenen Vergütungs- und Ausgleichsmodelle für die Weiterbildungsleistungen der Spitäler hat die von kantonalen Experten gebildete Arbeitsgruppe ein Finanzausgleichsmodell für die ärztliche Weiterbildung und die medizinische Forschung eingebracht, das 2011 von der Ostschweizer GDK erarbeitet wurde. Das Modell sieht Ausgleichszahlungen vor, die auf der Grösse der Kantonsbevölkerung und den interkantonalen Patientenströme basieren. Aufgrund der gesamtschweizerisch komplexen interkantona-

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.



len Patientenströme wurde das Berechnungs- und Verteilungsmodell vereinfacht. Auf den ursprünglich beabsichtigten Ausgleich der Kosten der medizinischen Forschung wurde im Nachhinein aus Gründen unterschiedlicher Zuständigkeiten und der Schwierigkeiten in der bisherigen Kosten- und Leistungserfassung verzichtet, wie es eine vom Bundesamt für Statistik (BFS) im Auftrag der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) durchgeführte Studie zu den „Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern“ aufgezeigt hat.

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 Spitäler entrichten. Insgesamt hätten die Beiträge 200 Millionen Franken betragen. Nach Diskussionen mit den Kantonen, einer erneuten Prüfung der Ergebnisse der Studie des BFS sowie einer Gegenüberstellung dieser Ergebnisse mit den von den Kantonen gelieferten Erläuterungen hat die Arbeitsgruppe die Pauschalen als zu hoch betrachtet⁴.

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 Spitalern, welche die Anforderungen an die Beiträge erfüllen). Zudem hat sie sich für einen interkantonalen Finanzausgleich ausgesprochen, der nach dem Bevölkerungsmodell erfolgen und frühestens im Januar 2015 in Kraft treten soll.

Auf dieser Grundlage hat die Plenarversammlung vom 23. Mai 2013 einen ersten Vernehmlassungsentwurf zuhanden der Kantone verabschiedet.

1.2 Ergebnisse der ersten Vernehmlassung

Vierzehn Kantone stimmten 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).

Neun Kantone signalisierten hauptsächlich wegen der erheblichen finanziellen Belastung der Zahlerkantone Vorbehalte gegenüber der Vereinbarung. Einige Kantone wandten sich gegen das „Universitätsprivileg“ oder die Unterscheidung zwischen Zentrumsspitalern und übrigen Spitalern, weil die Weiterbildung der Assistenten zu Beginn hauptsächlich an den nichtuniversitären Einrichtungen stattfindet.

Bezüglich des Berechnungsmodells wurde geltend gemacht, dass die Verteilung nach der Bevölkerung Verzerrungen zwischen den bevölkerungsreichen und den Kantonen mit weniger Einwohnern schaffe.

Schliesslich sei die Festlegung der Anzahl der Ärzte in Weiterbildung und der Pauschalen während der ersten 5 Jahre zu lang.

Angesichts der vorgenannten wesentlichen Kritikpunkte wurden der Plenarversammlung Änderungen der Vereinbarung vorgeschlagen, die eine Verringerung der finanziellen Belastung der Zahlerkantone erlauben.

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 wurde hingegen festgehalten.

⁴ Gemäss einer Schätzung des BFS verwendet ein Universität Spital zur (un-/strukturierten) ärztlichen Weiterbildung im Durchschnitt ein Total von CHF 34,4 Millionen. Die jährliche Ärzteschaft in Weiterbildung ist im Durchschnitt 613. Daher liegen die durchschnittlichen Kosten einer Weiterbildung bei 56 000 Franken (28 000 Franken für eine strukturierte Bildung).



Die Plenarversammlung der GDK hat am 21.11.2013 zur Erfüllung der genannten Hauptforderungen beschlossen, innerkantonal als Mindestpauschale einen einheitlichen Betrag von 15'000 CHF festzulegen und die Beteiligung am Ausgleich unter den Kantonen auf 15'000 CHF pro Assistenzarzt und Jahr zu beschränken, wenn in ihrem Kanton weniger Assistenzärzte als im schweizerischen Durchschnitt ausgebildet werden. Zu dieser Kompromisslösung wurde im Hinblick auf die kantonalen Beitrittsverfahren eine zweite Anhörung durchgeführt mit dem Ziel, die definitive Vereinbarungsversion an der Sitzung vom 22. Mai 2014 zu verabschieden.

Diese Lösung reduziert die Ausgleichsbeträge unter den Kantonen gegenüber der ursprünglichen Vernehmlassungsvorlage um knapp die Hälfte auf insgesamt rund 15 Mio. CHF. Bis auf zwei Mitglieder hat die Plenarversammlung dieser Kompromissvariante am 21.11.2013 zugestimmt. Sie hat beschlossen, hierzu eine zweite Vernehmlassung der Kantone durchzuführen.

1.3 Ergebnisse der zweite Vernehmlassung

Alle Kantone haben zu dem angepassten Vereinbarungsentwurf Stellung genommen. 20 Kantone äusserten sich zustimmend, wenn auch einige mit Bedenken/Bemerkungen/Vorbehalten. Zwei Kantone lehnten die Vereinbarung ab (SZ, NW). Drei Kantone nehmen sie mit Vorbehalten an (JU, NE⁵, VS). Ein Kanton (FR) wollte sich mit Blick auf verschiedene offene Fragen nicht abschliessend zum Vereinbarungsentwurf äussern. In zwei (zustimmenden) Kantonen untersteht der Beitritt einem obligatorischen Finanzreferendum (SO, UR). Der Kanton BL hat seine Zustimmung zur Vereinbarung davon abhängig gemacht, dass die im Vereinbarungsentwurf vom 21.11.2013 ausgewiesene finanzielle Belastung von jährlich CHF 164'020 nicht überschritten wird.

Der GDK-Vorstand nahm an seiner Sitzung vom 10. April 2014 von den Ergebnissen der zweiten Vernehmlassung bei den Kantonen Kenntnis.

Gleichzeitig ist die Arbeitsgruppe zusammengekommen, um eine Lösung bezüglich der Kantone, die der Vereinbarung skeptisch oder sogar ablehnend gegenüberstehen, zu finden. Diese Kantone dürfen das Zustandekommen der Vereinbarung nicht aus finanziellen Gründen grundsätzlich in Frage stellen können. Die Arbeitsgruppe hat folgende Lösungen vorgeschlagen. Im Sinne eines Anreizes und der Schaffung einer Ausgleichsgerechtigkeit wird der Betrag von CHF 15'000 für Ärztinnen und Ärzte, die zum Zeitpunkt des Maturitätserwerbs ihren gesetzlichen Wohnsitz nicht in einem Vereinbarungskanton hatten, nicht bezahlt. Zudem wird für das Inkrafttreten der Vereinbarung ein Quorum von 18 Kantonen eingeführt.

Die Vereinbarung wurde entsprechend angepasst und der Plenarversammlung der GDK am 23. Mai 2014 vorgelegt. Die Plenarversammlung hat entschieden, dass noch Verbesserungen nötig sind und hat die Arbeitsgruppe beauftragt, gewisse Änderungen/Verbesserungen anzubringen, namentlich bezüglich der Möglichkeit ein Monitoring zum interkantonalen Ärztefluss einzuführen (Vorschlag der CLASS) und eine neutralere Formulierung der Folgen eines allfälligen Nichtbeitritts zu finden.

2 Finanzielle Belastungs- und Entlastungsänderungen

Die von den Kantonen als Ausgleich zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beiträge wurden, wie im Anhang zur Vereinbarung vorgesehen, an die neuesten Daten angepasst, die vom BFS zur Verfügung gestellt werden (Datenjahr 2012). In der nachfolgenden Tabelle werden die zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beiträge aufgeführt. Den Kantonen wurde im Som-

⁵ JU und NE verlangen die Einführung eines Mechanismus, der die Rückkehr der Ärzte in ihren Herkunftskanton sicherstellt



mer 2014 die Gelegenheit gegeben, die Zahlen zu validieren. Alle Fragen und Bemerkungen konnten geklärt werden.

Kanton	CHF (Daten 2012)
AG	-2'060'701
AI	-263'102
AR	-148'185
BE	-159'366
BL	-1'233'508
BS	7'238'745
FR	-1'468'716
GE	2'408'753
GL	-274'558
GR	-147'664
JU	-344'321
LU	-1'086'142
NE	-440'142
NW	-410'503
OW	-363'622
SG	169'787
SH	-419'773
SO	-1'520'352
SZ	-1'675'471
TG	-1'146'256
TI	-71'503
UR	-322'216
VD	3'677'783
VS	-928'977
ZG	-1'005'656
ZH	1'995'666

3 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln mit integrierten Änderungen

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 Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten gemäss Medizinalberufegesetz beteiligen.



² Sie regelt zudem den Ausgleich des unterschiedlichen Kostenaufwands der Kantone durch die Gewährung des Mindestbeitrags 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 erwerben⁶. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt keine Kosten der „Forschung und universitären Lehre“ (Art. 49 Abs. 3 Bst. b), zu denen nach Art. 7 Abs. 1 lit. b der VKL auch die Kosten der Weiterbildung gehören⁷. Die Kantone leisten nur Beiträge an die Kosten der **erteilten strukturierten** Weiterbildung. 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 Art. 1 präzisiert, dass Gegenstand der Vereinbarung nicht die tatsächlichen Kosten der Weiterbildung sind, 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.

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 die Weiterbildung in Universitätsspitälern, Zentrumsspitälern und übrigen Spitälern stattfindet.

Art. 2 *Beiträge der Kantone*

¹ Die Standortkantone richten den Spitälern pro Jahr und Ärztin und Arzt in Weiterbildung (Vollzeitäquivalent) pauschal CHF 15'000 aus, sofern die betreffende Ärztin/der betreffende

⁶ Art. 2 Weiterbildungsordnung v. 21. Juni 2001 (WBO).

⁷ Die Löhne der Assistenzärzte gehen unabhängig davon weiterhin als Betriebskosten der Spitäler zu Lasten der Krankenversicherer.



Arzt im Zeitpunkt der Erlangung des Universitätszulassungsausweises ihren/seinen Wohnsitz in einem der Vereinbarung beigetretenen Kanton hatte.

² Allfällige höhere Beiträge der Standortkantone oder Beiträge der Standortkantone für Ärztinnen und Ärzte, die im Zeitpunkt der Erlangung des Universitätszulassungsausweises ihren Wohnsitz nicht in einem der Vereinbarung beigetretenen Kanton hatten, 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 Abs. 1 wird jeweils an die Preisentwicklung angepasst, wenn der Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) um mindestens 10 Prozent gestiegen ist. Ausgangspunkt ist der Stand des LIK bei Vertragsabschluss (Basis Dezember 2010=100). Das gemäss Art. 6 Abs. 2 zu erlassende Geschäftsreglement regelt die Einzelheiten. Die Beschlussfassung erfolgt bis zum 30. Juni mit Wirkung ab dem folgenden Kalenderjahr.

Absatz 1 und 2

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. Neu geregelt wird, dass für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die im Zeitpunkt der Erlangung der Maturität ihren gesetzlichen Wohnsitz in einem Kanton hatten, der dieser Vereinbarung nicht beigetreten ist, keine Beiträge an die Spitäler ausgerichtet werden (Abs. 1) sowie allenfalls dennoch für sie ausgerichtete Beiträge nicht unter die Ausgleichsregelungen gemäss dieser Vereinbarung fallen (Abs. 2). Mit der Anknüpfung an den Zeitpunkt der Erlangung der Maturität wird erreicht, dass die aus dem nicht erfolgten Beitritt eines Kantons resultierende finanzielle Folge nicht deswegen ins Leere läuft, weil Studierende häufig während des Studiums oder sofort danach ihren Wohnsitz gemäss ZGB wechseln⁸.

Den Standortkantonen steht es frei, den Spitalern höhere als die vorgenannten Pauschalen zu entrichten. Sie können gemäss Abs. 1 nicht geschuldete Beiträge jedoch nicht im Rahmen des interkantonalen Ausgleichs geltend machen.

Die Einschränkung der Beitragspflicht gem. Abs. 1 sowie die in Abs. 2 geregelten Ausnahmen von der Ausgleichspflicht gilt (nach dem oben genannten Sinn und Zweck dieser Regelungen, nämlich einen allfälligen Nichtbeitritt eines **Kantons** mit den genannten finanziellen Folgen zu verknüpfen) nicht für ausländische Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung.

Absatz 3

Die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»⁹ 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:

⁸ Siehe auch Art. 7 Abs. 1 Interkantonale Universitätsvereinbarung (IUV v. 20. Februar 1997)

⁹ 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.



- 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 wurden.
- 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 Weiterbildungskoordinator/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 Facharzttitel 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 auf der Basis des Indexstandes bei Inkrafttreten der Vereinbarung vorzunehmen. Die Umsetzung der Anpassung wird Aufgabe der Versammlung der Vereinbarungskantone (Art. 6 Abs. 1 Bst. d) sein, die in dem von ihr zu erlassenden Geschäftsreglement die näheren Einzelheiten festlegen wird.

Art. 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 gemäss Art. 2 Abs. 2 und aufgrund von Plausibilisierungen gemäss Art. 6 Abs. 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 Art. 6 Abs. 2) aufgrund der entsprechenden Erhebungen des BFS ermittelt.

Wie unter Art. 2 Abs. 2 kommentiert, sind Ärztinnen und Ärzte, die im Zeitpunkt der Erlangung des Universitätszulassungsausweises ihren Wohnsitz in einem der Vereinbarung nicht beigetretenen Kanton hatten, nicht ausgleichsrelevant. Die Standortkantone melden der Geschäftsstelle die Anzahl solcher nicht ausgleichsrelevanter Vollzeitäquivalente.

Art. 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.

Art. 5 Berechnung des Ausgleichs

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

1. Ermittlung der Beitragsleistungen gem. Art. 2 Abs. 1 pro Kanton;
2. Summierung der Beitragsleistungen aller Vereinbarungskantone;
3. Teilung der Summe durch die Bevölkerung der Vereinbarungskantone;
4. Multiplikation des gemittelten pro Kopf-Beitrages eines jeden Vereinbarungskantons mit seiner Bevölkerung;
5. Gegenüberstellung der Beitragsleistung eines jeden Vereinbarungskantons mit den gemittelten Werten;
6. Die Differenz der Werte gemäss Schritt 5 bildet den vom Vereinbarungskanton 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 die Bevölkerung der Vereinbarungskantone (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). Wegen des in Art. 10 eingeführten Quorums sind nur die Vereinbarungskantone, d.h. die Vereinbarung beigetretene Kantone, in die Berechnung des Ausgleichs einzubeziehen. Abzuziehen unter Abs. 1 Ziff. 1 sind



die Entschädigungen für gemäss den Kriterien von Art. 2 Abs. 1 und 2 nicht aus Vereinbarungskantonen stammende Assistenzärztinnen und –ärzte. Als zusätzliches Kriterium für die Verteilung der Ausgleichssumme die Anzahl der in einem Kanton niedergelassenen Ärzte einzubeziehen wird als kaum umsetzbar erachtet 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 2012 ergibt sich insgesamt ein Ausgleichsvolumen von rund 15.5 Millionen CHF. Bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung gem. Art 10 wird die Tabelle im Anhang noch mit den zuletzt verfügbaren Datengrundlagen gemäss Art. 3 und 5 aktualisiert werden.

Art. 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 Art. 2 Abs. 4;
- e. Plausibilisierung der Vollzeitäquivalente gemäss Art. 3;
- f. Festlegung des Ausgleichs gemäss Art. 5;
- g. Jährliche Berichterstattung an die Vereinbarungskantone.

³Die Beschlüsse der Versammlung erfordern Einstimmigkeit. Die Beschlüsse gemäss Abs. 2 lit. d, e und f gelten ab dem folgenden Jahr.

Absatz 1

Träger der Vereinbarung sind die der Vereinbarung beigetretenen Kantone. Die Versammlung der Vereinbarungskantone, der der Vollzug der Vereinbarung obliegt, wird aus den Mitgliedern der Plenarversammlung der GDK gebildet, deren Kantone der Vereinbarung beigetreten sind.

Absatz 2

Abs. 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 der Vereinbarungskantone bedürfen. Das Erfordernis der Einstimmigkeit zwingt die Vereinbarungskantone zu Verhandlungen.

Der zweite Satz 2 in Abs. 3 präzisiert, ab wann die Beschlüsse betreffend die Anpassungen der Mindestbeiträge, die Plausibilisierung der Vollzeitäquivalente und den Ausgleich der Beiträge gelten.

Art. 7 *Vollzugskosten*

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

Zur terminologischen Vereinheitlichung wird „Einwohnerzahl“ durch „Bevölkerungszahl“ ersetzt (siehe auch Art. 5 Abs. 1 Ziff. 3). Die Kosten der Tätigkeit der Versammlung sowie der Geschäftsstelle werden von den Vereinbarungskantonen entsprechend ihrer Bevölkerungszahl 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 bevölkerungsbezogenen Beitragsschlüssel.

Art. 8 *Streitbeilegung*

Die Vereinbarungskantone verpflichten sich, vor Anrufung des Bundesgerichts das im IV. Abschnitt der IRV¹⁰ 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 Abs. 3 vor, dass die Kantone auf freiwilliger Basis auch Streitigkeiten aus interkantonalen Zusammenarbeitsverträgen in anderen Aufgabenbereichen dem in Art. 31 ff. 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

¹⁰ Rahmenvereinbarung für die Zusammenarbeit mit Lastenausgleich vom 24. Juni 2005 (IRV).



(freiwillig) übernommenen Verpflichtung, an den Streitbeilegungsverfahren teilzunehmen, ist die Vermeidung einer Klage gemäss Art. 120 Abs.1 Bst. b Bundesgerichtsgesetz¹¹.

Art. 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.

Art. 10 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt in Kraft, wenn ihr mindestens 18 Kantone beigetreten sind. Sie ist dem Bund zur Kenntnis zu bringen.

Grundsätzlich ist ein angemessener Ausgleich der finanziellen Belastungen der Kantone infolge der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung nur dann möglich, wenn alle Kantone der Vereinbarung beitreten und diese einvernehmlich vollziehen. Eine Verpflichtung der Kantone zur „Interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich“ gemäss Art. 48a BV/Bundesgesetz über den Finanz- und Lastenausgleich ist nicht möglich, da die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung nicht zu den in Art. 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 wird angestrebt, dass alle Kantone der Vereinbarung beitreten. Für den Fall, dass nicht alle Kantone beitreten, wurde ein Mindestquorum von 18 Kantonen vorgesehen, wie es auch in anderen interkantonalen Vereinbarungen üblich ist. Demgemäss tritt die Vereinbarung in Kraft, wenn ihr mindestens 18 Kantone beigetreten sind. 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.

Art. 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, wenn durch den Austritt die Zahl der Vereinbarungskantone unter 18 fällt.

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 die Vereinbarung, wenn dadurch das erforderliche Quorum von 18 Kantonen unterschritten wird. Um eine gewisse Nachhaltigkeit und Berechenbarkeit der Finanzierung ärztlicher Weiterbildung mit der vorliegenden Vereinbarung zu erreichen, ist es angemessen, die nach Abs. 1

¹¹ Bundesgesetz v. 17. Juni 2005 über das Bundesgericht, SR 173.110



mögliche kurzfristige Beendigung der Vereinbarung für einen Zeitraum von 5 Jahren auszuschliessen.

Art. 12 Geltungsdauer

Die Vereinbarung gilt unbefristet.

Die Vereinbarung wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen.