

An den Landrat

---

Glarus, 17. März 2015

**Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung; WFV)**

Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

**1. Ausgangslage**

Aufgrund der Anfang 2012 wirksam gewordenen neuen Spitalfinanzierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG)<sup>1</sup> besteht die Gefahr, dass die Spitäler bei den Ausgaben für die Weiterbildung der Ärzte sparen. Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Ärztemangels und wegen 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 Weiterbildung<sup>2</sup> an den Spitälern finanziell angemessen abzusichern. Eine gesamtschweizerisch möglichst gerechte Finanzierung ist sicherzustellen.

Die Kosten für Ärzte in Weiterbildung sind als gemeinwirtschaftliche Leistungen qualifiziert. Sie werden nicht von den Krankenversicherern im Sinne des KVG übernommen, sondern sind als Pflichtleistung von den Spitälern bzw. deren Trägerschaften oder der sie unterstützenden Standortkantone zu übernehmen. Dies betrifft nur die Nettokosten für die Weiterbildung. Die Lohnkosten der Assistenzärztinnen und -ärzte können 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“<sup>3</sup> empfahl die Einführung des Modells „PEP“ (pragmatisch, einfach und pauschal). Gemäss diesem 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.

---

<sup>1</sup> Bundesgesetz vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung); SR 832.10

<sup>2</sup> Häufig auch als „Assistenzärzte“ bezeichnet.

<sup>3</sup> 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.

An seiner Sitzung von 24. August 2011 hat der Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (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. Damit sollen die Einrichtungen entschädigt werden, die im Bereich der ärztlichen Lehre und der medizinischen Forschung tätig sind (intrakantonaler Ansatz). Ausserdem sollte die Arbeitsgruppe Modelle für die Verteilung der finanziellen Aufwendungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Lehre auf alle Kantone vorschlagen (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 eingebracht, das 2011 von der Ostschweizer GDK erarbeitet wurde. Dieses sieht Ausgleichszahlungen vor, die auf der Grösse der Kantonsbevölkerung und den interkantonalen Patientenströmen basieren. Da letztere sehr komplex sind, wurde das Berechnungs- und Verteilungsmodell vereinfacht. Auf den ursprünglich beabsichtigten Ausgleich der Kosten der medizinischen Forschung wurde im Nachhinein wegen unterschiedlicher Zuständigkeiten verzichtet. Zudem gab es Schwierigkeiten in der bisherigen Kosten- und Leistungserfassung, wie 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 gestellt, dass die Kantone pro Assistenzärztin/-arzt einen Jahresbeitrag von 30'000 Franken an die Universitätsspitäler und von 20'000 Franken an die nichtuniversitären Spitäler entrichten müssen. Insgesamt hätten die inter- und intrakantonalen 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 bewertet.<sup>4</sup>

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 Fr. für Ärzte in Weiterbildung an einem Universitätsspital, 18'000 Fr. an einem grossen Zentrumsspital und 15'000 Fr. an allen anderen Spitalern, welche die Anforderungen an die Beiträge erfüllen). Zudem hat sie sich für einen interkantonalen Finanzausgleich ausgesprochen. Dieser soll sich an den Bevölkerungszahlen orientieren und frühestens im Januar 2015 in Kraft treten.

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

### **1.2. Ergebnisse der ersten Vernehmlassung**

14 Kantone stimmten der Vereinbarung zu (AG, AI, AR, BE, BL, BS, GE, GL, SG, SO, TG, TI, VD, ZH). Zwei Kantone lehnten sie hauptsächlich aus finanzpolitischen Gründen ab (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

---

<sup>4</sup> Gemäss einer Schätzung des BFS verwendet ein Universitätsspital zur (un-/strukturierten) ärztlichen Weiterbildung im Durchschnitt 34,4 Millionen Franken. Die Ärzteschaft in Weiterbildung umfasst im Durchschnitt 613 Personen pro Jahr. Daher liegen die durchschnittlichen Kosten einer Weiterbildung bei 56'000 Franken (28'000 Franken für die strukturierte Bildung).

und übrigen Spitälern, 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 fünf Jahre zu lang.

Angesichts dieser 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.

Die Plenarversammlung der GDK hat am 21. November 2013 zur Erfüllung der genannten Hauptforderungen beschlossen, innerkantonal als Mindestpauschale einen einheitlichen Betrag von 15'000 Franken festzulegen und die Beteiligung am Ausgleich unter den Kantonen auf 15'000 Franken 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 Millionen Franken. Bis auf zwei Mitglieder hat die Plenarversammlung dieser Kompromissvariante am 21. November 2013 zugestimmt. Sie hat beschlossen, hierzu eine zweite Vernehmlassung bei den Kantonen durchzuführen.

### **1.3. Ergebnisse der zweiten Vernehmlassung**

Alle Kantone haben zu dem angepassten Vereinbarungsentwurf Stellung genommen. 20 Kantone äusserten sich zustimmend, wenn auch einige mit Bedenken, Bemerkungen oder Vorbehalten. Zwei Kantone lehnten die Vereinbarung ab (SZ, NW). Drei Kantone nahmen sie mit Vorbehalten an (JU, NE<sup>5</sup>, 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. November 2013 ausgewiesene finanzielle Belastung von jährlich 164'020 Franken 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 zwecks Schaffung einer Ausgleichsgerechtigkeit wird

---

<sup>5</sup> JU und NE verlangen die Einführung eines Mechanismus, der die Rückkehr der Ärzte in ihren Herkunftskanton sicherstellt.

der Betrag von 15'000 Franken 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 Verbesserungen nötig sind. Sie hat die Arbeitsgruppe beauftragt, gewisse Änderungen anzubringen, namentlich bezüglich der Möglichkeit, ein Monitoring zum interkantonalen Ärztefluss einzuführen (Vorschlag der Westschweizer Regionalkonferenz der GDK) und eine neutralere Formulierung der Folgen eines allfälligen Nichtbeitritts zu finden.

Schliesslich hat die Plenarversammlung der GDK am 20. November 2014 die Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung mit 24 Ja- zu zwei Nein-Stimmen angenommen. Sie wird nun den Kantonen zur Ratifizierung vorgelegt.

## 2. Finanzielle Auswirkungen

Die von den Kantonen als Ausgleich zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beiträge wurden, wie im Anhang zur Vereinbarung vorgesehen, an die neuesten BFS-Daten angepasst (Datenjahr 2012). In der nachfolgenden Tabelle werden die zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beiträge aufgeführt. Den Kantonen wurde im Sommer 2014 die Gelegenheit gegeben, die Zahlen zu validieren. Alle Fragen und Bemerkungen konnten geklärt werden.

**Tabelle 1. Finanzielle Belastungen und Entlastungen der Kantone**

| <i>Kanton</i> | <i>Fr. (Daten 2012)</i> |
|---------------|-------------------------|
| 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               |
| <b>GL</b>     | <b>-274'558</b>         |
| 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. Situation des Kantons Glarus**

#### **3.1. Ostschweizer Spitalvereinbarung**

Im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung erliess die Konferenz der Ostschweizer Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK-Ost) bereits am 17. August 2011 die Ostschweizer Spitalvereinbarung. Diese ersetzte die Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Spitalbereich und die Abgeltung von Spitalleistungen vom 20. November 1995 bzw. 8. November 1999 (Ostschweizer Krankenhausvereinbarung). Sie regelt zwischen den Vereinbarungskantonen (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG und ZH) die Koordination der Spitalplanung und der Spitalisten, das Kostengutspracheverfahren sowie die Abgeltung der Kosten für die universitäre Lehre und Forschung.

Gemäss Artikel 4 der Ostschweizer Spitalvereinbarung leisten die Kantone dem Kanton Zürich fall- und einwohnerbezogene Beiträge an die Aufwendungen für die universitäre Lehre und Forschung der drei Universitätsspitäler (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich und Universitätsklinik Balgrist). Ebenfalls erhalten die Standortkantone der Zentrumsspitäler (Kantonsspitäler Graubünden, Frauenfeld, Münsterlingen, St. Gallen, Schaffhausen und Winterthur, Ostschweizer Kinderspital sowie Stadtspital Triemli) fallbezogene Beiträge der Wohnkantone. Die entsprechende finanzielle Belastung für den Kanton Glarus belief sich auf insgesamt 402'000 Franken pro Jahr. Wäre der Kanton Glarus der Vereinbarung nicht beigetreten, wären die Universitäts- und Zentrumsspitäler angehalten gewesen, bei Glarner Versicherten Tarifzuschläge in der Höhe von mindestens 1200 Franken pro Normfall in Universitätsspitalern bzw. mindestens 200 Franken pro Normfall in den Zentrumsspitalern zu erheben (Art. 6). Die finanzielle Belastung wäre in diesem Fall mit rund 0,5 Millionen Franken leicht höher ausgefallen. Da bereits damals davon ausgegangen wurde, dass diese regionale Weiterbildungsfinanzierung von einer nationalen abgelöst werden wird, wurden die Artikel 4 und 6 auf ein Jahr bis am 31. Dezember 2012 befristet.

Bei der Abgeltung der Kosten für universitäre Lehre und Forschung gemäss Artikel 4 der Ostschweizer Spitalvereinbarung handelte es sich um eine einmalige freie Ausgabe im Sinne von Artikel 90 Buchstabe b der Kantonsverfassung, weshalb dem Landrat ein entsprechender Objektkredit von 402'000 Franken beantragt wurde. Der Objektkredit war weder in der Kommission noch im Landrat umstritten. Der Landrat genehmigte ihn am 26. Oktober 2011.

Da die nationale Vereinbarung nicht wie erhofft bereits per 2013 in Kraft treten konnte (s. Ziff. 1), beschloss die GDK-Ost für die Jahre 2013, 2014 und 2015 jährlich eine Verlängerung der entsprechenden Artikel. Für die Jahre 2014 und 2015 wurde eine Halbierung der ursprünglichen Beiträge beschlossen. Der Aufwand für den Kanton Glarus betrug bzw. beträgt in diesen Jahren somit nur 201'000 Franken. Der Regierungsrat stimmte diesen Verlängerungen unter Vorbehalt der Genehmigung der entsprechenden Budgetmittel durch den Landrat jeweils zu. Der Landrat wurde im Detailkommentar zum Budget über die Verzögerung bei der in Aussicht gestellten nationalen Vereinbarung orientiert (Konto 20405/3631.00). Die entsprechenden Mittel hat er ohne Diskussion genehmigt.

Es ist davon auszugehen, dass die Ostschweizer Spitalvereinbarung weiter jährlich verlängert wird, bis die nationale Vereinbarung – voraussichtlich per Anfang 2017 – in Kraft treten wird.

#### **3.2. Gründe für einen Beitritt des Kantons Glarus zur WFV**

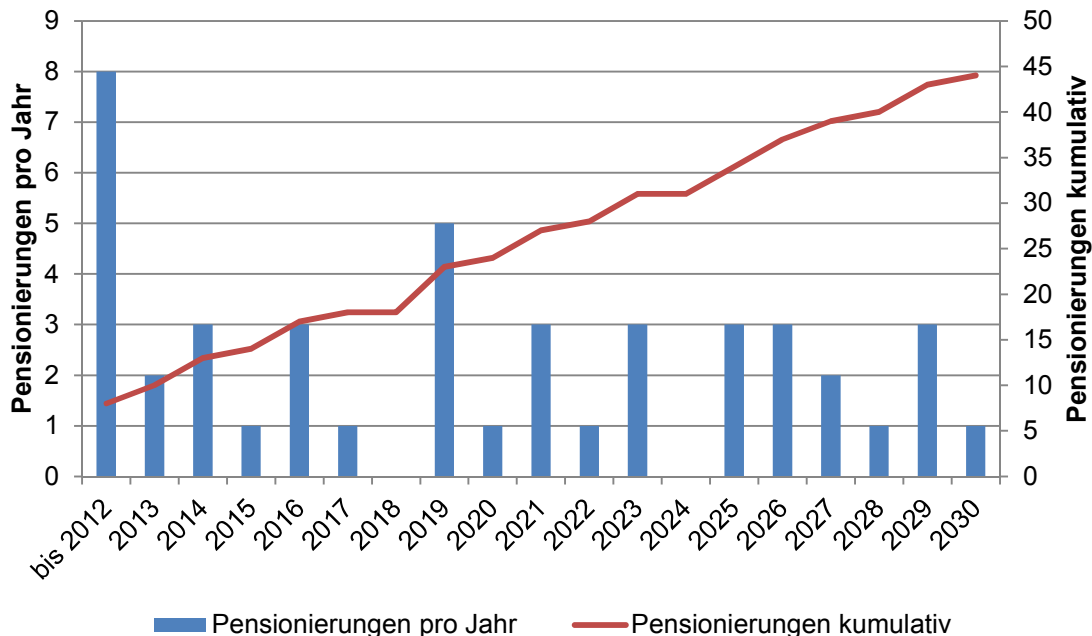
Ein Beitritt des Kantons Glarus zur Vereinbarung drängt sich aus drei Gründen auf:

1. Massnahme gegen den Ärztemangel;
2. keine Benachteiligung angehender Glarner Ärztinnen und Ärzte;
3. Solidarität mit den NFA-Geberkantonen.

### 3.2.1. Massnahme gegen den Ärztemangel

Der Kanton Glarus verfügt derzeit über rund 55 Ärzte mit eigener Praxis. Rund 35 davon sind als Hausärzte bzw. in der Grundversorgung (Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Alternativmedizin) tätig. In Abbildung 1 sind die erwarteten Pensionierungen (bei Annahme einer Pensionierung mit 65 Jahren) bis ins Jahr 2030 dargestellt.

Abbildung 1: Erwartete Pensionierungen der niedergelassenen Ärzte im Kanton Glarus<sup>6</sup>



Die obige Abbildung zeigt, dass die Sicherstellung der Nachfolge von heute selbstständig erwerbstätigen Praxisärzten in den nächsten Jahren eine dauernde Herausforderung darstellen wird. Nicht eingerechnet sind hier die möglicherweise zusätzlich nachgefragten Leistungen, die neben dem Ersatz von bestehenden Praxen auch den Aufbau neuer Praxisbetriebe oder die Erweiterung des ambulanten Spitalbetriebs notwendig machen könnten.

Der zunehmende Mangel an Ärzten und an weiterem Gesundheitsfachpersonal ist dabei kein kantonales, sondern ein nationales Problem, welches durch die Annahme der Masseneinwanderungsinitiative (MEI) am 9. Februar 2014 noch zusätzlich verschärft wird. Die Schweiz profitiert heute von einer relativ hohen Zuwanderung von qualifiziertem Gesundheitspersonal. Die Umsetzung der MEI wird zu einem Rückgang führen. Das benötigte Personal ist deshalb hier auszubilden, was entsprechend neue Kostenfolgen hat.

Der Landrat hat denn auch im Leitbild Gesundheit die Sicherstellung von genügend Gesundheitspersonal und die Förderung von unternehmerischen Perspektiven als Leitsatz für die kantonale Gesundheitspolitik festgelegt. Der Kanton Glarus ist entsprechend gehalten, sich auch auf nationaler Ebene für genügend Aus- und Weiterbildungsplätzen und für gute Rahmenbedingungen zur Stärkung der Aus- und Weiterbildung einzusetzen. Mit dem Beitritt zur Vereinbarung werden Spitäler, die ihre Verantwortung als Weiterbildungsstätte wahrnehmen, unterstützt und Anreize für genügend Ausbildungsplätze gesetzt.

### 3.2.2. Keine Benachteiligung angehender Glarner Ärzte

Tritt der Kanton Glarus der Vereinbarung nicht bei, erhalten Spitäler in anderen Kantonen, welche angehende Glarner Ärztinnen und Ärzte – mit einem Maturitätszeugnis der Kantonschule Glarus – weiterbilden, keine Beiträge des Standortkantons für diese (Artikel 2 WFV).

<sup>6</sup> Quelle: Leitbild Gesundheit Kanton Glarus vom 24. September 2014, Abbildung 6, Seite 10.

Die betroffenen Spitäler hätten folglich einen monetären Anreiz, anstelle von Glarnern nur angehende Ärztinnen und Ärzte aus einem Vereinbarungskanton weiterzubilden.

### **3.2.3. Solidarität mit NFA-Geberkantonen**

Heute tragen die Kantone mit Universitätsspitalern (ZH, VD, GE, BS und BE) die Hauptlast der ärztlichen Weiterbildung. Es handelt sich dabei mit Ausnahme des Kantons Bern auch um ressourcenstarke Kantone, auf deren Beiträge der Kanton Glarus im nationalen Finanzausgleich angewiesen ist (die sogenannten „NFA-Geberkantone“). Ein Beitritt zur Vereinbarung und damit eine geringfügige Entlastung der entsprechenden Kantone ist daher nicht zuletzt aus Gründen der nationalen Solidarität angezeigt.

### **3.3. Finanzielle Auswirkungen**

Mit dem Beitritt zur Vereinbarung verpflichtet sich der Kanton Glarus, den im Kanton gelegenen Spitalern (Kantonsspital Glarus, RehaClinic Glarus und Braunwald) pro Jahr und Ärztin oder Arzt in Weiterbildung pauschal 15'000 Franken auszurichten. Andererseits hat er auch Beiträge an den höheren Weiterbildungsaufwand in anderen Kantonen zu entrichten.

Innerkantonal werden heute rund 25 Assistenzärzte und -ärztinnen durch das Kantonsspital Glarus ausgebildet. Dieses erhält daher einen rechtlichen Anspruch auf Beiträge von mindestens 375'000 Franken pro Jahr. Hinzu kommen die Beiträge gemäss Tabelle 1 von rund 275'000 Franken, welche der Kanton Glarus in den Ausgleich unter den Kantonen einzahlen muss.

Zu beachten ist allerdings, dass der entsprechende Aufwand grösstenteils bereits heute anfällt. So wird der Weiterbildungsaufwand des Kantonsspitals Glarus im Rahmen der Abgeltungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (2015 insgesamt 5,5 Mio. Fr.) entschädigt. Im Rahmen der Ostschweizer Spitalvereinbarung (s. Ziff. 3.1) zahlte der Kanton zudem - zwischen 402'000 (2012 und 2013) und 201'000 Franken (2014 und 2015) an den Weiterbildungsaufwand von Spitalern in anderen Kantonen. Der Beitritt zur Vereinbarung verursacht damit keine höheren Kosten.

### **3.4. Rechtliche Zuständigkeit**

Bei der Vereinbarung handelt es sich um ein Konkordat, welches frei bestimmbare wiederkehrende Ausgaben für den gleichen Zweck von mehr als 200'000 Franken pro Jahr verursacht. Entsprechend ist die Vereinbarung gemäss Artikel 69 Absatz 2 Buchstabe a in Verbindung mit Buchstabe b der Kantonsverfassung der Landsgemeinde zur Genehmigung zu unterbreiten.

Damit bei allfälligen künftigen Änderungen der Vereinbarung nicht jedes Mal die Landsgemeinde konsultiert werden muss, soll zudem – wie dies auch in anderen Bereichen üblich ist – der Regierungsrat die Kompetenz erhalten, Änderungen genehmigen zu können (s. Antragsziffer 2).

## **4. Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln mit integrierten Änderungen**

### *Artikel 1; Gegenstand und Zweck*

Absatz 1: Gemäss Artikel 48 der Bundesverfassung (BV) können die Kantone im Rahmen ihrer Kompetenzen miteinander Verträge abschliessen. 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 diese zum grossen Teil in Spitälern erfolgt, die von den Kantonen getragen bzw. finanziert werden.

Die Weiterbildung erfolgt nach erfolgreich beendetem Medizinstudium mit dem Ziel, einen Facharztstitel als Ausweis für die Befähigung zur kompetenten ärztlichen Tätigkeit auf einem Fachgebiet zu erwerben<sup>7</sup>. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt keine Kosten der „Forschung und universitären Lehre“ (Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG), zu denen nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) auch die Kosten der Weiterbildung gehören<sup>8</sup>. Die Kantone leisten nur Beiträge an die Kosten der erteilten strukturierten Weiterbildung. Diese 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 enthalten sind Kosten, die den Weiterbildungsstätten durch die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte an der Weiterbildung entstehen.

Gemäss dem Beschluss der Plenarversammlung vom 21. November 2013 wird in Artikel 1 präzisiert, dass Gegenstand der Vereinbarung nicht die tatsächlichen Kosten der Weiterbildung sind. Im Sinne der Einführung eines Grundsatzes der Solidarität unter den Kantonen soll vielmehr ein Mindestbeitrag festgelegt werden, mit dem sich die Standortkantone an den in ihrem Kanton befindlichen Spitälern entstehenden Kosten der Weiterbildung beteiligen. Zudem soll der hierdurch entstehende unterschiedliche finanzielle Aufwand unter den Kantonen ausgeglichen werden.

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. Dies soll unabhängig davon geschehen, ob die Weiterbildung in Universitätsspitälern, Zentrumsspitälern oder übrigen Spitälern stattfindet.

#### *Artikel 2; Beiträge der Kantone*

Absätze 1 und 2: Aufgrund der von einer Reihe von Zahlerkantonen hinsichtlich der finanziellen Belastungen geäusserten Vorbehalte wird in Vereinfachung des Modells der ersten Vernehmlassungsvorlage ein einheitlicher Mindestbeitrag der Standortkantone von 15'000 Franken festgelegt. Er ist an alle dort befindlichen Spitälern, die Ärzte weiterbilden, zu entrichten. Die in der ersten Vorlage vorgesehene Kategorisierung in Universitätsspitälern, grosse Zentrumsspitälern und restliche Spitälern wird aufgegeben. Dieser Mindestbeitrag wird normativ auf der Basis von erfolgten Kostenstudien festgelegt. 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 Spitälern ausgerichtet werden (Abs. 1). Allenfalls dennoch für sie ausgerichtete Beiträge fallen nicht unter die Ausgleichsregelungen gemäss dieser Vereinbarung (Abs. 2). Mit der Anknüpfung an den Zeitpunkt der Erlangung der Matura 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 wechseln<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Art. 2 Weiterbildungsordnung vom 21. Juni 2001 (WBO).

<sup>8</sup> Die Löhne der Assistenzärzte gehen unabhängig davon weiterhin als Betriebskosten der Spitälern zulasten der Krankenversicherer.

<sup>9</sup> Siehe auch Art. 7 Abs. 1 Interkantonale Universitätsvereinbarung (IUV vom 20. Februar 1997)

Den Standortkantonen steht es frei, den Spitälern eine höhere als die vorgenannte Pauschale zu entrichten. Sie können gemäss Absatz 1 nicht geschuldete Beiträge jedoch nicht im Rahmen des interkantonalen Ausgleichs geltend machen.

Die Einschränkung der Beitragspflicht gemäss Absatz 1 sowie die in Absatz 2 geregelten Ausnahmen von der Ausgleichspflicht gelten (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“<sup>10</sup> empfahl, die Ausrichtung von Unterstützungsbeiträgen von der Einhaltung von Qualitätskriterien abhängig zu machen. Dazu gehört etwa die Verpflichtung, vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) definitiv als Weiterbildungsstandort anerkannt worden zu sein. Ausserdem sollten für die Auszahlung des Beitrags folgende weitere Qualitätskriterien zu erfüllen sein:

- 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 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.

Diese 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“ wird jedoch auf eine Nachprüfung dieser Kriterien im Rahmen des Ausgleichs verzichtet. Dies würde den Vollzug dieser Vereinbarung erschweren.

Der spezifische Weiterbildungsbedarf im Bereich der Hausarztmedizin ist in den von den Kantonen mit den Spitälern zu schliessenden Leistungsvereinbarungen zu regeln. Diese können etwa 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 usw.) vorsehen.

Ursprünglich wurde vorgeschlagen, dass die Kantone nur die zu einem ersten Facharztstitel führende Weiterbildung finanziell unterstützen. In den Statistiken des BFS wird jedoch nicht unterschieden, ob eine Person den ersten oder einen weiteren Titel anstrebt. Deshalb 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.

---

<sup>10</sup> 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.

### *Artikel 3; Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung*

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

Wie unter Artikel 2 Absatz 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.

### *Artikel 4; Standortkanton*

Standortkanton ist jener Kanton, auf dessen Gebiet das Spital liegt. Dieser Grundsatz gilt auch dann, 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; Berechnung des Ausgleichs*

Absatz 1: Die Berechnung des Ausgleichs erfolgt nach dem Bevölkerungsmodell, dem das Plenum der GDK am 22. November 2012 zugestimmt hat, und gemäss den in Artikel 5 beschriebenen Schritten. Deren letzter wird entweder einen in den Ausgleich zu zahlenden oder einen aus dem Ausgleich zu beziehenden Betrag ausweisen. Für die Bevölkerung der Vereinbarungskantone (Schritt 3) ist 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 massgeblich (STATPOP). Wegen des in Artikel 10 eingeführten Quorums ist nur die Bevölkerung der Vereinbarungskantone in die Berechnung des Ausgleichs einzubeziehen. Abzuziehen unter Absatz 1 Ziffer 1 sind die Entschädigungen für gemäss den Kriterien von Artikel 2 Absätze 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 Franken. Bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung gemäss Artikel 10 wird die Tabelle im Anhang noch mit den zuletzt verfügbaren Datengrundlagen gemäss Artikel 3 und 5 aktualisiert.

### *Artikel 6; Versammlung der Vereinbarungskantone*

Absatz 1: Träger der Vereinbarung sind die der Vereinbarung beigetretenen Kantone. Die Versammlung der Vereinbarungskantone, welcher der Vollzug der Vereinbarung obliegt, wird aus den Mitgliedern der Plenarversammlung der GDK gebildet, deren Kantone der Vereinbarung beigetreten sind.

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 Jahresbe-

richt. Im Geschäftsreglement werden die Einzelheiten zur Organisation, Arbeitsweise und Beschlussfassung der Versammlung geregelt. Geschäftsstelle der Versammlung soll das Zentralsekretariat der GDK sein, damit administrative Synergien gut genutzt werden können.

Es ist geplant, dass das SIWF mittels sogenannter elektronischer „Logbücher“ der Assistentzärztinnen 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 (Bst. e).

Absatz 3: Dieser Absatz legt fest, dass die Beschlüsse der Versammlung zu ihrer Wirksamkeit der Einstimmigkeit der Vereinbarungskantone bedürfen. Dies zwingt die Vereinbarungskantone zu Verhandlungen.

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

#### *Artikel 7; Vollzugskosten*

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 Budget der GDK einkalkuliert werden. Dies gemäss dem dort geltenden bevölkerungsbezogenen Beitragsschlüssel.

#### *Artikel 8; Streitbeilegung*

Die Rahmenvereinbarung für die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich (Rahmenvereinbarung, IRV) vom 24. Juni 2005 regelt die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich in den Aufgabenbereichen gemäss Artikel 48a BV. Sie sieht in Artikel 31 Absatz 3 vor, dass die Kantone auf freiwilliger Basis auch Streitigkeiten aus interkantonalen Zusammenarbeitsverträgen in anderen Aufgabenbereichen dem in Artikel 31 ff. geregelten Streitbeilegungsverfahren unterstellen können. Das Streitbeilegungsverfahren ist zweistufig. Es besteht aus einem informellen Vorverfahren vor dem Präsidium der Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) und einem förmlichen Vermittlungsverfahren vor der Interkantonalen Vertragskommission. Zweck der (freiwillig) übernommenen Verpflichtung, an den Streitbeilegungsverfahren teilzunehmen, ist die Vermeidung einer Klage gemäss Artikel 120 Absatz 1 Buchstabe b Bundesgerichtsgesetz<sup>11</sup>.

#### *Artikel 9; Beitritt*

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

#### *Artikel 10; Inkrafttreten*

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 Artikel 48a BV bzw. dem Bundesgesetz über den Finanz- und Lastenausgleich ist nicht möglich. Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung gehört nicht zu den in Artikel 48a BV genannten Aufgabenbereichen, 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

<sup>11</sup> Bundesgesetz vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht; SR 173.110

anderen interkantonalen Vereinbarungen üblich ist. Demgemäss tritt die Vereinbarung in Kraft, wenn ihr mindestens 18 Kantone beigetreten sind. Da gemäss Artikel 48 Absatz 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*

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 der ärztlichen Weiterbildung mit der vorliegenden Vereinbarung zu erreichen, ist es angemessen, die nach Absatz 1 mögliche kurzfristige Beendigung der Vereinbarung für einen Zeitraum von fünf Jahren auszuschliessen.

*Artikel 12; Geltungsdauer*

Die Vereinbarung wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen.

**5. Antrag**

*Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, folgenden Anträgen zuhanden der Landsgemeinde zuzustimmen:*

- 1. Der Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung; WFV) wird genehmigt.*
- 2. Dem Regierungsrat wird die Kompetenz erteilt, künftige Änderungen an der Vereinbarung genehmigen zu können.*

Genehmigen Sie, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

**Im Namen des Regierungsrates**

*Röbi Marti, Landammann  
Hansjörg Dürst, Ratsschreiber*

Beilage:

- Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung; WFV)