

## § 4 Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen

---

### **Die Vorlage im Überblick**

Wegen der seit 2012 gültigen neuen Spitalfinanzierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) besteht die Gefahr, dass die Spitäler bei der Weiterbildung der Ärzte sparen. Der sich abzeichnende Ärztemangel zwingt Bund, Kantone, Universitäten und Spitäler, das Ausbildungsengagement in der Schweiz zu verstärken. Konkret sind die Stellen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an den Spitälern finanziell angemessen abzusichern und eine gesamtschweizerisch möglichst gerechte Finanzierung sicherzustellen. Die Weiterbildungskosten der Ärzte sind gemeinwirtschaftliche Leistungen; sie werden nicht von den Krankenversicherern übernommen, sondern sind von den Spitälern bzw. deren Trägerschaften oder der sie unterstützenden Standortkantone zu finanzieren. Diese Kosten, die in den einzelnen Kantonen unterschiedlich hoch sind, werden zudem weder im nationalen Finanzausgleich noch in der Interkantonalen Universitätsvereinbarung berücksichtigt.

### **Lösungsmodell**

Seit 2010 wurde an einem Lösungsmodell gearbeitet, das pragmatisch, einfach und pauschal sein soll. Basis der Lösung bildete die Ostschweizer Krankenhausvereinbarung von 2011, welche bereits fall- und einwohnerbezogene Beiträge an die Universitätsspitäler in Zürich (Universitätsspital, Kinderspital, Balgrist) und fallbezogene Beiträge an verschiedene Ostschweizer Zentrumsspitäler vorsah.

Gemäss dem Modell der neuen gesamtschweizerischen Vereinbarung unterstützen die Kantone die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte mit einem finanziellen Beitrag an die Spitäler. Dessen Höhe fällt proportional zur Zahl der Assistenzärzte aus. Die Ausrichtung von Unterstützungsbeiträgen hängt von der Einhaltung von Qualitätskriterien ab. Das Modell wurde aufgrund der Vernehmlassung noch überarbeitet und verfeinert. Insbesondere wurde ein interkantonaler Ausgleich aufgenommen. Das Modell sieht Ausgleichszahlungen vor, die auf der Grösse der Kantonsbevölkerung basieren. Auf den ursprünglich beabsichtigten Ausgleich der Kosten der medizinischen Forschung wurde im Nachhinein verzichtet.

### **Interkantonale Vereinbarung**

Die Plenarversammlung der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren stimmte am 20. November 2014 der Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung, WFFV) zu und legte sie den Kantonen zur Ratifizierung vor. Die Vereinbarung umfasst zwölf Artikel und beinhaltet folgende Kernpunkte:

- Die Festlegung einer (indexierten) Pauschale von 15'000 Franken als Mindestbeitrag, den jeder Standortkanton seinen Spitälern pro Jahr und Ärztin oder Arzt in Weiterbildung (Vollzeit) ausrichten muss, sofern diese im Zeitpunkt der Erlangung der Matura den Wohnsitz in einem der Vereinbarung beigetretenen Kanton hatte.
- Die Festlegung eines jährlichen Ausgleichsmechanismus unter den Kantonen, der auf den von den Kantonen bezahlten Pauschalbeiträgen und der Wohnbevölkerung der Vereinbarungskantone beruht. Die Differenz der gesamtschweizerisch gemittelten Werte und der effektiv geleisteten Beiträge der Standortkantone ergibt den Beitrag, den die Kantone in den Finanzausgleich zu bezahlen haben oder der ihnen vergütet wird.
- Die Organisation, Modalitäten des Beitritts und eines Austritts sowie ein Streitbeilegungsverfahren. Die Vereinbarung tritt in Kraft, wenn ihr mindestens 18 Kantone beigetreten sind.

### **Finanzielles/Zuständigkeit**

Die Vereinbarung löst unter den Kantonen Ausgleichsbeiträge von total 15 Millionen Franken aus. Nutzniesser sind fünf Kantone mit Universitäts- und Zentrumsspitalern, wobei Basel-Stadt den höchsten Ausgleichsbeitrag bekommen wird. Die übrigen Kantone sind Beitragszahler.

Der Kanton Glarus hat rund 275'000 Franken als Ausgleichsbeitrag zu bezahlen (Basis 2012). Auf der Basis der noch geltenden Ostschweizer Krankenhausvereinbarung leistete er 2012 und 2013 für den Ausgleich je 402'000 Franken, 2014, 2015 und 2016 noch 201'000 Franken. Zusätzlich hat er dem Kantonsspital und den RehaClinic-Standorten im Kanton Glarus pro Assistenzarzt oder -ärztin in Ausbildung einen jährlichen Beitrag von 15'000 Franken zu leisten. Im Fall des Kantonsspitals Glarus ist dieser aber bereits im Gesamtbeitrag für die Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen enthalten.

Da es sich um eine frei wiederkehrende Ausgabe von jährlich mehr als 200'000 Franken handelt und die Delegationsnorm in Artikel 36 Absatz 2 Gesundheitsgesetz dies nicht abdeckt, ist für den Beitrittsbeschluss die Landsgemeinde zuständig.

*Im Landrat war die Vorlage völlig unbestritten. Dieser beantragt der Landsgemeinde, der Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung beizutreten. Ausserdem soll der Landrat die Kompetenz erhalten, künftige Änderungen an der Vereinbarung genehmigen oder diese kündigen zu können.*

---

## 1. Ausgangslage

Aufgrund der Anfang 2012 wirksam gewordenen neuen Spitalfinanzierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) 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 (Assistenzärzte) 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) berücksichtigt.

Die am 14. September 2010 geschaffene Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» 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 fällt proportional zur Zahl der Assistenzärzte aus. Er wird an die Spitäler ausgerichtet. Die Ausrichtung von Unterstützungsbeiträgen hängt von der Einhaltung von Qualitätskriterien ab.

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 (intra-kantonaler 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 Universitätsspitälern» aufgezeigt hat.

Gestützt auf die Berechnungen des BFS und die von Vertretern der Spitäler eingereichten Zahlen wurde seitens der Arbeitsgruppe 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.

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 Spitälern, 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 Vernehmlassungen

14 Kantone stimmten in einer ersten Vernehmlassung 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 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.

Die Plenarversammlung der GDK beschloss am 21. November 2013 zur Erfüllung der genannten Hauptforderungen, 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. Diese Lösung reduziert die Ausgleichsbeträge unter den Kantonen gegenüber der ursprünglichen Vernehmlassungsvorlage um knapp die Hälfte auf insgesamt rund 15 Millionen Franken.

In einer zweiten Vernehmlassung äusserten sich 20 Kantone zustimmend, wenn auch einige mit Bedenken, Bemerkungen oder Vorbehalten. Zwei Kantone lehnten die Vereinbarung ab (NW, SZ). Drei Kantone nahmen sie mit Vorbehalten an (JU, NE, VS). Die Vereinbarung wurde nochmals angepasst und der Plenarversammlung der GDK am 23. Mai 2014 vorgelegt. Schliesslich nahm die Plenarversammlung der GDK am 20. November 2014 die nochmals modifizierte Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung, WFV) mit 24 Ja- zu 2 Nein-Stimmen an und legte sie den Kantonen zur Ratifizierung vor.

## 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. In der nachfolgenden Tabelle werden die zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beiträge aufgeführt. Die Kantone hatten im Sommer 2014 die Gelegenheit, die Zahlen zu validieren. Alle Fragen und Bemerkungen konnten geklärt werden.

<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, 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. Das kostet den Kanton Glarus insgesamt 402'000 Franken pro Jahr. Wäre er 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 die 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. Dieser 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, beschloss die GDK-Ost für die Jahre 2013, 2014, 2015 und 2016 jährlich eine Verlängerung der entsprechenden Artikel. Für die Jahre 2014, 2015 und 2016 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 über die Verzögerung bei der in Aussicht gestellten nationalen Vereinbarung orientiert. Die entsprechenden Mittel hat er ohne Diskussion genehmigt.

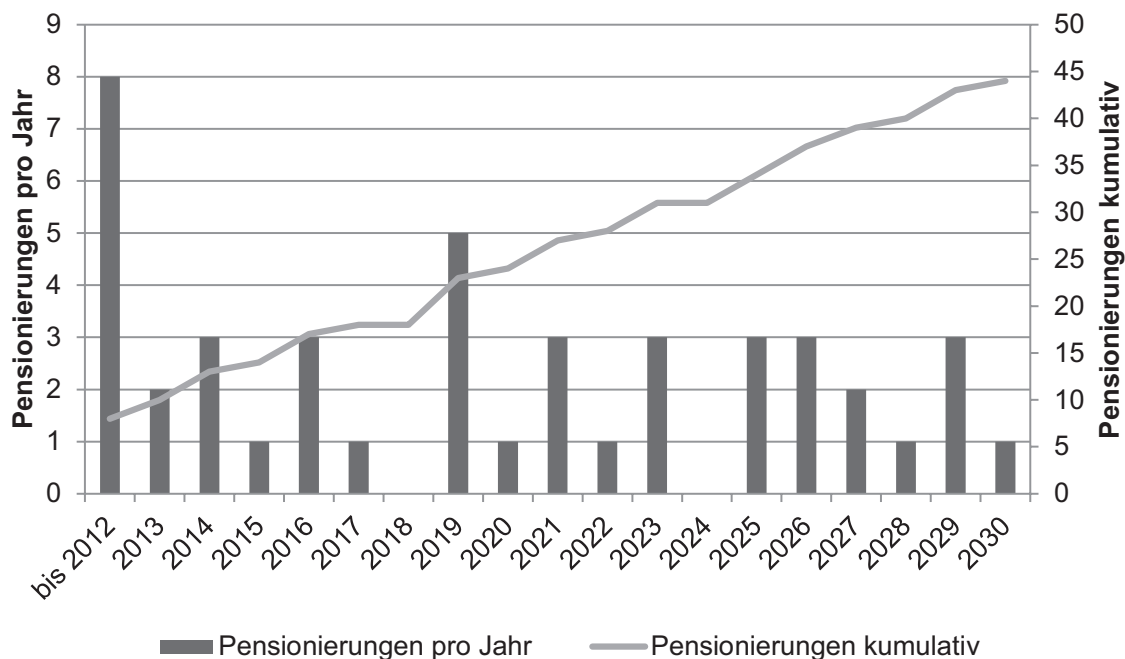
#### 3.2. Gründe für einen Beitritt des Kantons Glarus zur Vereinbarung

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. Die nachfolgende Abbildung stellt die erwarteten Pensionierungen (bei Annahme einer Pensionierung mit 65 Jahren) bis ins Jahr 2030 dar.



Die Abbildung zeigt, dass die Sicherstellung der Nachfolge von heute selbstständig erwerbstätigen Praxisärzten in den nächsten Jahren eine dauernde Herausforderung sein 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 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 Weiterbildungsplätze 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 Kantonsschule Glarus – weiterbilden, keine Beiträge des Standortkantons für diese (Art. 2 WFV). 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, 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 sind 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 Anspruch auf Beiträge von mindestens 375'000 Franken pro Jahr. Hinzu kommen die erwähnten Beiträge 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 (2016 insgesamt 4,5 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 bis 2016) an den Weiterbildungsaufwand von Spitälern 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 Landrat die Kompetenz erhalten, Änderungen genehmigen zu können.

## 4. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

### *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 (Art. 2 Weiterbildungsordnung, WBO). 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 Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) auch die Kosten der Weiterbildung gehören. 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 vorgehen 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 GDK-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 an den Spitälern in Weiterbildung befinden, resultierende unterschiedliche finanzielle Belastung unter den Kantonen auszugleichen. Dies soll unabhängig davon geschehen, ob die Weiterbildung an Universitätsspitalern, Zentrumsspitalern oder übrigen Spitälern stattfindet.

### *Artikel 2; Beiträge der Kantone*

**Absätze 1 und 2:** Aufgrund der 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 Spitäler, die Ärzte weiterbilden, zu entrichten. Die in der ersten Vorlage vorgesehene Kategorisierung in Universitätsspitaler, grosse Zentrumsspitaler und restliche Spitäler wird aufgegeben. Dieser Mindestbeitrag wird normativ auf der

Basis von 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 Spitäler 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 gesetzlichen Wohnsitz wechseln.

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 nicht für ausländische Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung.

Absatz 3: Die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» 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 weiteren Kriterien erfüllt 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 einen Weiterbildungskordinator oder einen Weiterbildungsdelegierten.
- Die Ausbilder und Ausbilderinnen 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 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. Es wird 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.

### *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 vorbehaltlich 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. Abziehen 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 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:** Dieser Absatz 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 die Berichterstattung. 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 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 (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 den Artikeln 31–34 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.

#### *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 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. Beratung der Vorlage im Landrat**

Die landrätliche Kommission Gesundheit und Soziales unter der Leitung von Landrat Emil Küng, Obstalden, beantragte Eintreten und Zustimmung zum Beitritt zur Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung. Sie sprach sich auch dafür aus, dass der Landrat künftige Änderungen an der Vereinbarung genehmigen oder deren Kündigung vornehmen kann.

Die Vereinbarung sei auch eine Massnahme im Kampf gegen den Ärztemangel. Zudem sollen angehende Glarner Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Weiterbildung nicht benachteiligt werden. Das wäre der Fall, würde Glarus der Vereinbarung nicht beitreten. Diese enthalte weiter den Gedanken der Solidarität gegenüber den Geberkantonen im nationalen Finanzausgleich. Es seien gerade diese Kantone, die viele Ärztinnen und Ärzte ausbilden würden. Die Angst, dass solidarisches Verhalten mit höheren Kosten einhergehe, sei unbegründet. Der Kanton Glarus wirke bereits jetzt aufgrund der Ostschweizer Spitalvereinbarung in einem System mit Ausgleichszahlungen mit. Das eigene Kantonsspital werde für die Weiterbildung im Rahmen des Pauschalbetrags für gemeinwirtschaftliche Leistungen bereits heute entschädigt. Für den Kanton Glarus würden sich also eher die Geldströme und die Anzahl der beteiligten Kantone ändern, nicht aber der zu leistende Beitrag.

Finanzielle Überraschungen in der Zukunft seien indes nicht ausgeschlossen. So beantragt der Bundesrat dem Bundesparlament, 100 Millionen Franken für die Schaffung zusätzlicher Studienplätze für Mediziner freizugeben. Damit sollen jährlich 250 Ärzte und Ärztinnen zusätzlich ausgebildet werden. Künftig könnten 1300 Studenten pro Jahrgang ein Medizin-Studium aufnehmen. Das sei ein Viertel mehr als bisher. Wenn dieses Szenario eintrete, werde es in absehbarer Zeit auch mehr Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung geben. Dadurch würden die Kosten steigen.

In der Beratung im Landrat war die Vorlage völlig unbestritten, wenngleich die Bedenken bezüglich der Kostenentwicklung geteilt wurden. So beantragt der Landrat der Landsgemeinde einstimmig, der Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung beizutreten.

## 6. Antrag

Der Landrat beantragt der Landsgemeinde, folgendem Beschlussentwurf zuzustimmen:

### **Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen**

(Vom .....

*Die Landsgemeinde,*

gestützt auf Artikel 69 Absatz 2 Buchstabe a der Kantonsverfassung,  
*beschliesst:*

#### **I.**

##### **Art. 1** *Beitritt*

<sup>1</sup> Der Kanton Glarus tritt der Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen vom 20. November 2014 (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung, WFV) bei.

##### **Art. 2** *Kündigung und Änderung*

<sup>1</sup> Zuständig für die Genehmigung von Änderungen an der WFV oder deren Kündigung ist der Landrat.

#### **II.**

Keine anderen Erlasse geändert.

#### **III.**

Keine anderen Erlasse aufgehoben.

#### **IV.**

Dieser Beitrittsbeschluss tritt mit der Annahme durch die Landsgemeinde in Kraft.

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

(Vom .....)

(Erlassen von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] am 20. November 2014)

(Beitritt von der Landsgemeinde beschlossen am ..... Mai 2016)

### Präambel

In Erwägung dass,

- die Versorgung der Bevölkerung mit Fachärzten langfristig gesichert werden muss;
- die Kantone beschlossen haben, sich verstärkt in der Weiterbildung zu engagieren;
- demgemäss auch die Spitäler mit anerkannten Weiterbildungsstätten von den Kantonen finanziell zu unterstützen und sich hieraus ergebende unterschiedliche Belastungen unter den Kantonen auszugleichen sind;

beschliesst die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK):

### I.

#### **Art. 1      *Gegenstand und Zweck***

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Sie regelt zudem den Ausgleich des unterschiedlichen Kostenaufwands der Kantone durch die Gewährung des Mindestbeitrags gemäss Absatz 1.

#### **Art. 2      *Beiträge der Standortkantone***

<sup>1</sup> Die Standortkantone richten den Spitälern pro Jahr und Ärztin und Arzt in Weiterbildung (Vollzeitäquivalent) pauschal 15 000 Franken aus, sofern die betreffende Ärztin bzw. der betreffende Arzt im Zeitpunkt der Erlangung des Universitätszulassungsausweises ihren bzw. seinen Wohnsitz in einem der Vereinbarung beigetretenen Kanton hatte.

<sup>2</sup> 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.

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

<sup>4</sup> Der Beitrag gemäss Artikel 2 Absatz 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 Artikel 6 Absatz 2 zu erlassende Geschäftsreglement regelt die Einzelheiten. Die Beschlussfassung erfolgt bis zum 30. Juni mit Wirkung ab dem folgenden Kalenderjahr.

**Art. 3** *Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung*

<sup>1</sup> Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte (Vollzeitäquivalente), für die den Spitälern Beiträge gewährt werden, richtet sich nach der Erhebung des Bundesamtes für Statistik. Vorbehalten bleiben Korrekturen gemäss Artikel 2 Absatz 2 und aufgrund von Plausibilisierungen gemäss Artikel 6 Absatz 2 Buchstabe e.

**Art. 4** *Standortkanton*

<sup>1</sup> Standortkanton ist der Kanton, in dem das Spital liegt.

**Art. 5** *Berechnung des Ausgleichs*

<sup>1</sup> Der Ausgleich unter den Kantonen wird in folgenden Schritten ermittelt:

1. Ermittlung der Beitragsleistungen gemäss Artikel 2 Absatz 1 pro Kanton;
2. Summierung der Beitragsleistungen aller Vereinbarungskantone;
3. Teilung der Summe durch die Bevölkerung der Vereinbarungskantone;
4. Multiplikation des gemittelten Pro-Kopf-Beitrags 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.

<sup>2</sup> Der Ausgleich erfolgt jährlich.

**Art. 6** *Versammlung der Vereinbarungskantone*

<sup>1</sup> Der Vollzug dieser Vereinbarung obliegt der Versammlung der Vereinbarungskantone (Versammlung).

<sup>2</sup> Die 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.

<sup>3</sup> Die Beschlüsse der Versammlung erfordern Einstimmigkeit. Die Beschlüsse gemäss Absatz 2 Buchstaben d, e und f gelten ab dem folgenden Jahr.

**Art. 7** *Vollzugskosten*

<sup>1</sup> Die Vollzugskosten dieser Vereinbarung werden von den Vereinbarungskantonen nach Massgabe der Bevölkerungszahl getragen.

**Art. 8** *Streitbeilegung*

<sup>1</sup> Die Vereinbarungskantone verpflichten sich, vor Anrufung des Bundesgerichts das im IV. Abschnitt der Rahmenvereinbarung IRV geregelte Streitbeilegungsverfahren anzuwenden.

**Art. 9** *Beitritt*

<sup>1</sup> Der Beitritt zu dieser Vereinbarung wird mit der Mitteilung an die GDK wirksam.

**Art. 10** *Inkrafttreten*

<sup>1</sup> Diese Vereinbarung tritt in Kraft, wenn ihr mindestens 18 Kantone beigetreten sind. Sie ist dem Bund zur Kenntnis zu bringen.

**Art. 11 Austritt und Beendigung der Vereinbarung**

<sup>1</sup> Jeder 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.

<sup>2</sup> Der Austritt kann frühestens auf das Ende des fünften Jahres seit Inkrafttreten der Vereinbarung erklärt werden.

**Art. 12 Geltungsdauer**

<sup>1</sup> Die Vereinbarung gilt unbefristet.

**II.**

Keine anderen Erlasse geändert.

**III.**

Keine anderen Erlasse aufgehoben.

**IV.**

Das Inkrafttreten dieser Vereinbarung richtet sich nach Artikel 10.

## § 5 Änderung des Energiegesetzes

---

### *Die Vorlage im Überblick*

*Für Anlagen, die Grundwasser, Oberflächenwasser oder Umgebungswärme für Kühl- oder Wärmezwecke nutzen, soll neu eine jährliche Abgabe erhoben werden. Die Abgabepflicht gilt für neue Anlagen sowie bei Erweiterungen und Bewilligungserneuerungen. Die thermische Leistung muss zudem mehr als ein Megawatt betragen. Dies entspricht der Forderung einer Motion, die im September 2013 eingereicht und im April 2014 überwiesen wurde.*

*Eine jährliche Abgabe ist bisher nur für Anlagen zur Produktion von elektrischer Energie mit einer Leistung von mehr als einem Megawatt vorgesehen. Die gesetzliche Grundlage für eine Abgabe für Anlagen mit thermischer Leistung – etwa Wärmepumpen oder Kühlwasserentnahmen – fehlt hingegen. Diese soll nun für Anlagen mit einer Leistung ab einem Megawatt eingeführt werden (etwa bei grossen Rechenzentren). Vorgesehen ist eine Abgabe von 0,25 Rappen pro Kilowattstunde. Die Höhe der Abgabe ist durch den Landrat auf Verordnungsstufe festzulegen. Betriebe von grosser volkswirtschaftlicher oder kommunaler Bedeutung sollen von der Abgabe – auch befristet – befreit werden können. Dass kleinere Anlagen von der Abgabe ausgenommen sind, macht unter dem Eindruck der Energiestrategie 2050 und dem Grundsatz, dass erneuerbare Energien gefördert werden sollen, Sinn.*

*Derzeit gibt es im Kanton Glarus drei industrielle Kühlwasserentnahmen, die über eine bewilligte Leistung von mehr als einem Megawatt verfügen. Grundwasserwärmepumpen, die diesen Wert überschreiten, gibt es derzeit keine. Von der Abgabe betroffen wären ohnehin nur Anlagen, für die nach dem 1. Juli 2016 ein Gesuch eingereicht wird. Da derzeit keine Projekte hängig sind, welche die kritische Grösse überschreiten, ist in absehbarer Zeit nicht mit Mehreinnahmen zu rechnen.*

*In der Diskussion im Landrat wurde ein Nichteintretensantrag abgelehnt. Der Einführung einer solchen neuen Abgabe wurde im Grundsatz zugestimmt. Modifiziert wurde die Bestimmung über eine Befreiung (mit oder ohne Befristung) bei grosser volkswirtschaftlicher oder kommunaler Bedeutung. Der Landrat empfiehlt der Landsgemeinde, der so bereinigten Änderung des Energiegesetzes zuzustimmen.*

---