



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

08.0933.01 / 05.8346.02

GD/P08093
Basel, 25. Juni 2008

Regierungsratsbeschluss
vom 24. Juni 2008

Ratschlag

betreffend den Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die Hochspezialisierte Medizin (IVHSM)

sowie

Beantwortung des Anzugs Rolf Stürm und Konsorten betreffend
Zürich will Spitzenmedizin in Basel und Bern auslöschen (058346)

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	3
2. Im Kanton Basel-Stadt durchgeführtes Vernehmlassungsverfahren	4
3. Bedeutung der IVHSM für den Kanton Basel-Stadt	5
4. Erläuterungen zur IVHSM	5
4.1 Ausgangslage	5
4.2 Grundzüge der Vereinbarung	7
4.3 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen der IVHSM	9
5. Auswirkungen der Interkantonalen Vereinbarung auf den Kanton Basel-Stadt	18
5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen	18
5.2 Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Kanton und dem Bund	19
5.3 Auswirkungen auf die Gemeinden	19
5.4 Auswirkungen auf die Wirtschaft	20
5.5 Auswirkungen auf den Politikplan des Regierungsrates	20
5.6 Auswirkungen auf die Delegation von Rechtsetzungskompetenzen	20
6. Bericht zum Anzug Rolf Stürm und Konsorten betreffend Zürich will Spitzenmedizin in Basel und Bern auslöschen	20
6.1 Der Anzugstext im Wortlaut	20
6.2 Stellungnahme zum Anzug	22
6.3 Antrag	23
7. Antrag	23
8. Beilage I: Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008	25
9. Beilage II: Beispiele von Disziplinen mit hochspezialisierten medizinischen Leistungen	31
10. Beilage III: Agenda zur Organisation des Bereichs hochspezialisierte Medizin der Schweiz	33
11. Beilage IV: Rahmenvereinbarung vom 24. Juni 2005 für die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich (Rahmenvereinbarung, IRV; BSG 632.1)	34

1. Zusammenfassung

Im Rahmen des von Bund und Kantonen gemeinsam getragenen Projektes „Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen“ (NFA) wurde die hochspezialisierte Medizin als einer derjenigen Bereiche identifiziert, der zwecks effizienterer und wirksamerer Aufgabenerfüllung auf interkantonaler Ebene zu organisieren ist. Zudem verpflichtet das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in Art. 43 Abs. 6 u. a. auch die kantonalen Gesundheitsbehörden, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten anzustreben. Der aktuell noch geltende Art. 39 KVG verlangt, dass nur solche Spitäler als Leistungserbringer zugelassen werden dürfen, die der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen.

Aufgrund der von der Bundesversammlung am 21. Dezember 2007 beschlossenen und am 1. Januar 2009 in Kraft tretenden Änderung der Vorschriften des KVG über die Spitalfinanzierung bestimmt Art. 39 KVG neu, dass die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin zu einer gemeinsam gesamtschweizerischen Planung verpflichtet sind. Für den Fall, dass die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen sollten, sieht das Gesetz vor, diese Planung dem Bundesrat zu übertragen. Zu berücksichtigen sind auch die Anstrengungen zur vermehrten Aufgabenteilung zwischen den Universitäten, wie sie die Hochschulgesetzgebung (Universitätsförderungsgesetz (UFG), SR 414.20, Geltung verlängert bis 31.12.2011. In Vorbereitung: Vorlage zum Bundesgesetz über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich) vorsieht.

Einem ersten Versuch einer Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) war kein Erfolg beschieden, weil der Regierungsrat des Kantons Zürich im Juli 2005 entschied, dem Zürcher Parlament das damalige Vertragswerk nicht zur Ratifikation zu unterbreiten. Zu diesem Zeitpunkt hatte bereits die Mehrheit der Kantonsparlamente der Ratifikation zugestimmt.

Die Plenarversammlung der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) beschloss im Mai 2007 nach einer einjährigen Sistierungsphase und aufgrund zweier inzwischen neu vorliegender Gutachten, nämlich

- „Organisation der Hochspezialisierten Medizin in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Kantone Basel-Stadt und Bern, Empfehlungen an die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Bern“ v. 21.11. 2006
- „Zusammenfassung und Dokumentation der Stellungnahmen der ausländischen Experten zu den Fragen des Regierungsrates des Kantons Zürich sowie zur Zusatzfrage der GDK zur HSM“ v. 15.12.2006,

die Koordinationsarbeiten zur Konzentration der hochspezialisierten medizinischen Leistungen weiter zu führen. Zu diesem Zweck wurde das Zentralsekretariat der GDK beauftragt, mit Fachleuten aus den Kantonen eine neue interkantonale Vereinbarung zu erarbeiten, mit der die Zuteilung der Leistungserbringung einem Entscheidorgan der Kantone übertragen

werden soll. Für die hochspezialisierte Medizin soll es damit in Zukunft statt 26 kantonale Planungen nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung geben.

Der vom Zentralsekretariat der GDK im Rahmen einer GDK-internen Arbeitsgruppe erarbeitete neue Entwurf einer interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) wurde am 14. März 2008 an einer ausserordentlichen Plenarversammlung der GDK verabschiedet und muss nun durch die Kantonsparlamente ratifiziert werden.

Gemäss dieser Vereinbarung wählen die Mitglieder der GDK ein Beschluss-Organ (HSM-Beschlussorgan), dem der Vollzug der Vereinbarung obliegt. Das HSM-Beschlussorgan seinerseits setzt ein Fachorgan sowie ein Projektsekretariat ein. Die Kantone treten somit einen Teil ihrer Planungshoheit über die Gesundheitsversorgung an die GDK ab. Dadurch wird die Versorgung der Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt mit Leistungen der hochspezialisierten Medizin auch in Zukunft wirtschaftlich und qualitativ hochstehend erbracht und die Beteiligung des Universitätsspitals an der Kooperation und Konzentration der Aufgaben unter den Universitäts- und Kantonsspitalern gewährleistet.

Das weitere Vorgehen sieht vor, bis Oktober 2008 gesamtschweizerisch die Genehmigungsbeschlüsse der Kantonsparlamente einzuholen. Die Ratifizierung des Konkordats soll so Ende November 2008 abgeschlossen sein, damit das Konkordat ab Januar 2009 in Kraft treten kann.

Der Beitritt des Kantons Basel-Stadt zur IVHSM erfolgt durch einen Genehmigungsbeschluss des Grossen Rates. Der Genehmigungsbeschluss unterliegt der fakultativen Volksabstimmung.

2. Im Kanton Basel-Stadt durchgeführtes Vernehmlassungsverfahren

Im Rahmen einer im Oktober 2007 vom Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt im Auftrag des Regierungsrats durchgeführten kantonsinternen Vernehmlassung wurden neben allen Departementen der kantonalen Verwaltung viele weitere Interessentenkreise um eine Stellungnahme zum Entwurf des neuen Konkordats gebeten.

So haben sich damals unter anderem das Rektorat der Universität Basel, das Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Basel, die Direktionen des Universitätsspitals Basel, des Universitäts-Kinderspitals beider Basel und der Universitären Psychiatrischen Kliniken, der Präsident der Basler Privatspitäler-Vereinigung, der Präsident der Medizinischen Gesellschaft Basel, die Präsidenten der politischen Parteien im Grossen Rat und der Präsident der Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates zur Vorlage geäußert.

Neben kleineren Präzisierungen und Anpassungswünschen unterstützten dabei alle Vernehmlassungsantworten den eingeschlagenen Weg der GDK, die Konzentration der hochspezialisierten Medizin in einem Konkordat zu koordinieren.

3. Bedeutung der IVHSM für den Kanton Basel-Stadt

Der Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) schafft die rechtlichen Voraussetzungen, damit im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gesamtschweizerische Planung und Aufgabenteilung realisiert werden kann.

Der Kanton Basel-Stadt erhält ein angemessenes Mitspracherecht bei der interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin. Durch die angestrebte Bildung von nationalen Kompetenzzentren mit hochqualifizierten Teams sind Auswirkungen auf den Forschungs- und Medizinstandort Basel wahrscheinlich. Das Universitätsspital Basel wird in Zukunft im Bereich der hochspezialisierten Medizin nicht als Konkurrent gegenüber anderen universitären oder multidisziplinären Zentren im „Gesundheitsmarkt Schweiz“ auftreten, sondern sich an der Erfüllung der Aufgaben im Bereich der hochspezialisierten Medizin beteiligen, indem die Aufgaben auf die verschiedenen Zentren aufgeteilt werden. Im Gegenzug anerkennen die übrigen Kantone der Schweiz das Universitätsspital Basel als Erbringerin für jene hochspezialisierten Leistungen, die ihr von der gemeinsamen Planung zugewiesen werden.

Mit dem Beitritt zur IVHSM ist sichergestellt, dass die Versorgung der Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt mit hochspezialisierten Leistungen auch in Zukunft wirtschaftlich und qualitativ hochstehend erbracht werden kann, wenn auch nicht ausschliesslich im Universitätsspital Basel. Eine verbindliche Vereinbarung über die Planung der hochspezialisierten Medizin bietet zudem Gewähr, dass künftig der Standortwettbewerb unter den Kantonen im Bereich der hochspezialisierten Medizin weniger intensiv ist.

Wenn der Kanton Basel-Stadt der IVHSM nicht beiträgt, könnte sie gesamtschweizerisch nicht in Kraft treten und wäre somit gescheitert. Nach Artikel 15 IVHSM setzt die GDK die IVHSM in Kraft, wenn ihr 17 Kantone einschliesslich der Kantone mit Universitätsspital (Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt und Genf) beigetreten sind. Dem Kanton Basel-Stadt kommt daher als Universitätskanton eine Schlüsselrolle zu. Die Kantone müssten bei einem Scheitern der IVHSM einen neuen Weg suchen, um ihren Auftrag gemäss Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG nachzukommen, wonach sie im Bereich der hochspezialisierten Medizin gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung beschliessen. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt nach Artikel 39 Absatz 2^{bis} Satz 2 KVG der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

4. Erläuterungen zur IVHSM

4.1 Ausgangslage

Anstoss für eine gesamtschweizerische Planung der hochspezialisierten Medizin war die Erkenntnis, dass sich neue medizinische Technologien zunehmend als Kostenfaktor niederschlagen. Zudem verspricht man sich von einer Konzentration solcher Angebote eine bessere Auslastung hochspezialisierter Einrichtungen und eine bessere Qualität.

Im Rahmen des von Bund und Kantonen gemeinsam getragenen Projektes „Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen“ (NFA) wurde die hochspezialisierte Medizin als einer derjenigen Bereiche identifiziert, der zwecks effizienterer und wirksamerer Aufgabenerfüllung auf interkantonaler Ebene zu organisieren ist. Zudem verpflichtet Artikel 43 Absatz 6 KVG unter anderen auch die kantonalen Gesundheitsbehörden, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten anzustreben.

Am 21. Dezember 2007 haben die Eidgenössischen Räte Änderungen des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen. Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG regelt neu, dass die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin zu einer gemeinsam gesamtschweizerischen Planung verpflichtet sind. Kommen die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt gemäss dieser Bestimmung der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

Es gibt keine einheitliche international oder europäisch anerkannte Definition der hochspezialisierten Medizin. Die IVHSM definiert als hochspezialisierte Medizin jene Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotenzial, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei dasjenige der Seltenheit immer vorliegen muss. Diese Definition stellt sicher, dass das HSM-Beschlussorgan nicht beliebige Leistungen zur hochspezialisierten Medizin erklären kann. Auf Grund dieser Definition kann nicht abschliessend dargelegt werden, für welche hochspezialisierten Leistungen eine gemeinsame Planung erstellt wird und welche Leistungen in Zukunft im Universitätsspital Basel bzw. in anderen Spitälern der Schweiz angeboten werden dürfen. Die IVHSM ermöglicht jedoch, den Entwicklungen angemessen Rechnung tragen zu können. Aus Gründen der Qualität, aber auch im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit ist eine gesamtschweizerische Planung und damit die Bildung von Schwerpunkten dringend geboten.

Auch die vermehrte Aufgabenteilung zwischen den Universitäten, wie sie die Hochschulgesetzgebung vorsieht, ist im Zusammenhang mit der gesamtschweizerischen Planung der hochspezialisierten Medizin zu berücksichtigen.

Einem ersten Versuch einer Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) war kein Erfolg beschieden, nachdem der Regierungsrat des Kantons Zürich im Juli 2005 dem Zürcher Parlament das damalige Vertragswerk nicht zur Ratifikation unterbreitete, obschon bereits die Mehrheit der Kantonsparlamente zugestimmt hatte. Die Plenarversammlung der GDK beschloss nach einer einjährigen Sistierungsphase im Mai 2007, die Koordinationsarbeiten zur Konzentration der hochspezialisierten medizinischen Leistungen erneut voranzutreiben, nachdem zwei Gutachten aus dem Kanton Zürich einerseits und den Kantonen Bern und Basel-Stadt andererseits vorlagen und die unterschiedlichen Organisationsmodelle eingehend diskutiert worden waren. Das Zentralsekretariat der GDK erarbeitete mit Fachleuten aus den Kantonen eine neue interkantonale Vereinbarung, mit der die Zuteilung der Leistungserbringung einem Entscheidorgan der Kantone übertragen wird. Gemäss der nun vorliegenden interkantonalen

Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin wird es im Bereich der hochspezialisierten Medizin in Zukunft statt 26 kantonalen Planungen nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung geben.

4.2 Grundzüge der Vereinbarung

Bei der Erarbeitung der Vereinbarung konnte auf bereits im Rahmen der GDK erfolgte Vorarbeiten zurückgegriffen werden. So übernimmt der Entwurf der Vereinbarung als wichtiges Element zu einem grossen Teil den bereits früher erarbeiteten Kriterienkatalog bezüglich der Frage, ob bei einer medizinischen Leistung, einem Bereich oder einer Einrichtung Koordinations- oder Konzentrationsbedarf besteht. Auf eine starre Definition der hochspezialisierten Medizin kann daher verzichtet werden. Man kann aber feststellen, dass die hochspezialisierte Medizin allgemein so verstanden wird, dass sie verschiedene Leistungen oder Leistungsbereiche der Medizin umfasst, die gekennzeichnet sind durch Seltenheit, durch hohes Innovationspotenzial, durch hohen personellen oder technischen Aufwand und/oder durch komplexe Behandlungsverfahren und nicht zuletzt durch hohe Behandlungskosten einschliesslich Diagnosekosten. Als solche Bereiche mit spitzenmedizinischen Leistungen geortet werden beispielhaft (vgl. auch Anhang I zu diesem Ratschlag):

- Interventionelle Neuroradiologie
- Kinderherzchirurgie und -kardiologie
- Melanome unter anderem Tumore in der Ophthalmologie
- Hämatopoietische Stammzellen-Transplantation: allogene
- Herztransplantation
- Lungentransplantation
- Lebertransplantation
- Pankreastransplantation
- Dünndarmtransplantation
- Protonen-Strahlentherapie
- Verbrennungen (schwere Fälle, z.B. grösser als 20% der Oberfläche oder intensivpflichtig)

Die im Jahr 2006 von den Kantonen Bern und Basel-Stadt einerseits und dem Kanton Zürich andererseits eingeholten Gutachten schlagen vor, weitere hochspezialisierte Leistungen aus den Gebieten der Gefäss-, Kiefer- und Gesichtschirurgie bis hin zur Geschlechtsumwandlung als hochspezialisierte Medizin zu qualifizieren. Die Leistungen im Einzelnen und die Leistungsbereiche, welche hochspezialisierte Leistungen enthalten können, ergeben sich aus einer Aufstellung im Anhang I zu diesem Ratschlag.

Die Bereiche der hochspezialisierten Medizin (sog. HSM-Bereiche) werden künftig in einer dynamischen, das heisst bei Bedarf abänderbaren Liste aufgeführt. Dabei obliegt es dem zukünftigen Fachorgan (sog. HSM-Fachorgan) zu prüfen, ob medizinische Leistungen gemäss den Vereinbarungserfordernissen durch die Vereinbarung erfasst werden, um dem

Beschlussorgan anschliessend entsprechende Anträge zu unterbreiten. Neu gegenüber der früheren, nicht zu Stande gekommenen Vereinbarung soll daher ein von den Kantonen eingesetztes politisches Beschlussorgan die Vereinbarung vollziehen und hierzu ein Fachorgan einsetzen, das die Beschlüsse in fachlicher Hinsicht vorbereitet. Im Zentrum der Diskussionen steht dabei die Frage, in welchem Verhältnis diese beiden Organe und damit die politische und fachliche Ebene zueinander stehen und wie die Aufgaben zwischen den beiden Organen verteilt werden sollen. Mit der Schaffung eines rein politischen Organs auf der einen und eines unabhängigen, nur mit Expertinnen und Experten besetzten Fachorgans auf der anderen Seite werden die beiden Ebenen nun strikt voneinander getrennt.

Die GDK-Mitglieder der Vereinbarungskantone wählen zur Koordination der Konzentration der hochspezialisierten Medizin das HSM-Beschlussorgan als interkantonales Entscheidorgan. Diesem fallen die in Artikel 3 Absatz 3 IVHSM beschriebenen Aufgaben zu: Es bestimmt die Strategie der hochspezialisierten Medizin, legt die entsprechenden Planungen fest, überprüft laufend deren Umsetzung und evaluiert die Ergebnisse.

Das Beschlussorgan stützt sich bei seinen Beschlüssen auf die Arbeit des von ihm gewählten und mit unabhängigen Experten besetzten Fachorgans. Die fachlichen Aufgaben wie

- das Erstellen der Liste der zu den HSM-Bereichen zählenden Leistungen, Behandlungen oder Einrichtungen,
- die Aufnahme in oder das Streichen aus der Liste,
- die Festlegung der Mindestanforderungen und Rahmenbedingungen, die für das Angebot solcher Leistungen erfüllt sein müssen,

münden in einen vom Fachorgan begründeten Antrag an das Beschlussorgan, wobei das Fachorgan die in Artikel 4 Absatz 4 IVHSM festgelegten Planungskriterien berücksichtigt und gegebenenfalls Lösungsvarianten vorschlägt.

Das Beschlussorgan ist gehalten, die Lösungsvarianten bei seinen Konzentrations- und Zuteilungsentscheidungen zu berücksichtigen. Im Unterschied zum Fachorgan trifft es aber seine Wahl zwischen den vorgelegten Lösungsvarianten unter Einbezug von strategischen Überlegungen. Gesuche um Aufnahme eines neuen Bereichs in die Liste der HSM-Disziplinen können aus dem Fachorgan selbst (Universitätsprofessorinnen oder -professoren, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Universitätskonferenz (SUK)), vom HSM-Beschlussorgan oder von Dritten (Arbeitsgruppen, externe Experten) an das Fachorgan herangetragen werden. Das gleiche Verfahren gilt für Anträge auf Streichung aus der HSM-Liste. Streichungen kommen beispielsweise in Betracht, wenn die Erbringung der betreffenden Leistung bereits standardisiert ist oder keine besonders teuren Infrastrukturen mehr erfordert.

Ausserdem setzt das Beschlussorgan ein Projektsekretariat ein, dessen Aufgabe es sein wird, die zur Planung der hochspezialisierten Medizin erforderlichen Arbeiten des Beschluss- und Fachorgans organisatorisch und technisch zu unterstützen und zu koordinieren.

Mit dem Beitritt zu dieser Vereinbarung verlieren die Vereinbarungskantone zwar einen Teil Ihrer Planungshoheit über die Gesundheitsversorgung ihrer Kantonsbevölkerung. Im Gegenzug ermöglicht die gemeinsame Planung eine effiziente und qualitativ hochstehende Versorgung der Schweizer Bevölkerung mit hochspezialisierten medizinischen Leistungen, deren Erbringung bestimmte Kapazitäten in Form von Personal und Infrastruktur erfordern. Eine solche Planung kann zum Beispiel durch Erhöhung der Fallzahlen in Verbindung mit Mindestanforderungen an Kompetenzen und Infrastruktur sowohl mit Bezug auf die Qualität als auch auf die Wirtschaftlichkeit der geplanten hochspezialisierten Leistungen bessere Ergebnisse erzielen. Die Vergütung der hochspezialisierten medizinischen Leistungen sollte auf der Basis von nachvollziehbaren und transparenten Kostenrechnungen erfolgen. In der Vereinbarung sind keine Finanzierungsregeln festgehalten. Diese richten sich nach den geltenden Bestimmungen des Sozialversicherungsrechts des Bundes. Jeder Kanton muss bereits heute die Versorgung der eigenen Kantonsbevölkerung mit hochspezialisierten medizinischen Leistungen mitfinanzieren, sei es in Form der Ausrichtung von Beiträgen an entsprechende innerkantonale Leistungserbringer, sei es durch das Einkaufen von solchen Leistungen bei anderen Kantonen.

4.3 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen der IVHSM

Artikel 1

Absatz 1

Zweck der Vereinbarung ist es, dass die Kantone die hochspezialisierte Medizin in der Schweiz gemeinsam planen, damit in diesem Bereich eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung gewährleistet werden kann.

Das Gutachten, welches die Kantone Basel-Stadt und Bern gemeinsam in Auftrag gegeben haben, stellt fest, dass es keine einheitliche international oder europäisch gültige Definition der hochspezialisierten Medizin gibt. Das Gutachten, welches der Kanton Zürich in Auftrag gegeben hat, schlägt folgende Definition vor, die sich im Wesentlichen mit derjenigen im erstgenannten Gutachten deckt:

„Leistungen müssen als HSM definiert werden, wenn höchste Anforderungen an Personal und Infrastruktur bei einem speziellen Patientengut erforderlich sind.

Hochspezialisierte medizinische Leistungen werden benötigt, wenn eine Krankheit eine

- niedrige Inzidenz / Prävalenz hat (Beispiel Knochenmarktumore)
- eine hohe Komplexität und Schwere hat (Beispiel: Schwerverbrannte)
- verschiedenste Spezialisten notwendig sind (Beispiel: Transplantationen)
- hohe Behandlungs- (inklusive Diagnose-)kosten anfallen (Beispiel: Protonentherapie).

Hinsichtlich Fallzahl und Kosten pro Behandlung lassen sich zwei HSM-Kategorien unterscheiden:

1. Wenn seltene Krankheiten behandelt werden oder die Verfügbarkeit von Organen bei Organtransplantationen eingeschränkt ist, wird die Fallzahl kritisch: zu kleine Fallzah-

len führen zu einer schlechten und auch variablen Ergebnisqualität, die kritische Grenze liegt hier – je nach Leistungsbereich – bei weniger als 1-5 Behandlungen pro Monat (Beispiel: Herztransplantationen bei weniger als 12 Patienten im Jahr).

2. Wenn sehr hohe Investitionskosten notwendig sind, liegt ebenfalls ein hochspezialisierter Leistungsbereich vor. Hier ist nicht die Fallzahl kritisch, sondern die Kosten pro Behandlung, die bei geringer Auslastung der kostspieligen installierten Technologie unbezahlbar wäre.“

Mit Blick auf die beiden erwähnten Gutachten bestimmt Artikel 1 Absatz 1 der interkantonalen Vereinbarung, dass mindestens drei Kriterien einschliesslich jeweils desjenigen der Seltenheit vorliegen müssen, damit eine Zuordnung in den HSM-Bereich erfolgen kann. Ohne diese Präzisierung wäre der Interpretationsspielraum für das Beschlussorgan zu gross. Zudem wäre sonst die erforderliche Vorhersehbarkeit (Transparenz und Objektivität) nicht gewährleistet, denn jede Konzentration der hochspezialisierten Medizin greift in die wirtschaftlichen Betätigungsmöglichkeiten der Leistungserbringer ein.

Weiter wird mit Artikel 1 sichergestellt, dass nicht beliebige Leistungen zur hochspezialisierten Medizin gezählt werden können.

Absatz 2

Die gemeinsame Planung stützt sich insbesondere auch auf Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG ab, welcher am 1. Januar 2009 in Kraft tritt und den Kantonen im Bereich der hochspezialisierten Medizin auferlegt, gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung zu beschliessen.

Artikel 2

Träger der Vereinbarung sind die der Vereinbarung beitretenden Kantone. Die in der GDK-Plenarversammlung vertretenen Regierungsmitglieder wählen ein politisches Beschlussorgan als interkantoniales Organ, dem der Vollzug der Vereinbarung obliegt. Diesem Beschlussorgan obliegt es in letzter Konsequenz, die den Kantonen durch das Krankenversicherungsgesetz zugewiesene Aufgabe der gemeinsamen Planung der hochspezialisierten Medizin zu vollziehen. Ausserdem setzt es ein Fachorgan und ein Projektsekretariat ein.

Artikel 3

Absatz 1

Das Beschlussorgan besteht aus den fünf GDK-Plenarversammlungs-Mitgliedern aus den Vereinbarungskantonen mit Universitätsspital sowie aus fünf GDK-Plenarversammlungs-Mitgliedern aus den anderen Vereinbarungskantonen, von denen mindestens zwei Mitglieder Vereinbarungskantone mit einem grossen Zentrumsspital vertreten, das interkantonale Versorgungsaufgaben wahrnimmt (Kantone mit Zentrumsspitalen sind Luzern, Freiburg, Solothurn, Basel-Landschaft, St. Gallen, Graubünden, Aargau, Thurgau, Tessin, Wallis, Neuenburg - Typologisierung gemäss Bundesamt für Statistik, Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens; Krankenhaustypologie, Version 5.2, Neuchâtel 2006). Die Zusammensetzung des Beschlussorgans soll möglichst die Bedeutung der hochspezialisierten Medizin in den Vereinbarungskantonen abbilden. Bei der IVHSM handelt es sich zwar um eine

Vereinbarung der Kantone, und die schweizweite Planung der hochspezialisierten Medizin steht dem Bund solange nicht zu, wie die Kantone diese selber durchführen. Trotzdem wird dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) und *santésuisse* die Möglichkeit eingeräumt, je eine Person mit beratender Stimme in das HSM-Beschlussorgan zu entsenden. Da die Kantone mit der gemeinsamen Planung der hochspezialisierten Medizin einen Auftrag aus dem KVG erfüllen, ist es sinnvoll, dass in diesem politischen Entscheidungsorgan eine Vertretung des BAG Einsitz nimmt. Gleiches gilt für *santésuisse*, weil die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Teil der HSM-Leistungen finanziert. Die SUK ist in beratender Funktion vertreten, da die Planungen auch auf die Tätigkeiten der medizinischen Fakultäten der Universitäten abgestimmt werden müssen. Wegen der Komplexität der Fragestellungen sind in personeller Hinsicht kontinuierliche Delegationen aus den erwähnten Institutionen erwünscht.

Absatz 2

Die Mitglieder der GDK-Plenarversammlung sind die jeweils für den Bereich des Gesundheitswesens zuständigen Mitglieder der Kantonsregierungen. Ihre Mitgliedschaft in der Plenarversammlung wie auch im Beschlussorgan hängt somit grundsätzlich von ihrer Funktion als zuständige Regierungsmitglieder für das Gesundheitswesen ab. Um zu verhindern, dass immer die gleichen Zentrumsspital-Kantone vertreten sind, wird auch für die Mitglieder des Beschlussorgans vorgesehen, dass sie für eine Dauer von zwei Jahren gewählt werden, aber mit der Möglichkeit der Wiederwahl. Gewählt werden die GDK-Mitglieder des Beschlussorgans von jenen Mitgliedern der GDK-Plenarversammlung, die der Vereinbarung beigetreten sind.

Ob sich ein Mitglied des Beschlussorgans im Einzelfall (ausnahmsweise) vertreten lassen kann, wird bereits in der Vereinbarung festgelegt. Da die Mitglieder des Beschlussorgans gleichzeitig Mitglieder der GDK-Plenarversammlung sind, bietet es sich an, die Stellvertretung in Analogie zu den Statuten der GDK zu regeln, die in Artikel 5 Absatz 2 Satz bestimmen, dass sich ein Mitglied der Plenarversammlung in begründeten Ausnahmefällen vertreten lassen kann, und zwar auch bezüglich Stimmrecht.

Die drei delegierten Beobachter ohne Stimmrecht im Beschlussorgan (BAG, SUK und *santésuisse*) werden nicht durch das Beschlussorgan gewählt, sondern durch ihre Institutionen bestimmt.

Absätze 3 bis 6

Als politisches Organ erhält das Beschlussorgan abschliessende Entscheidkompetenzen. Dazu gehören vor allem die Definition der Leistungen und Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die auf dem Gebiet der Schweiz einer Konzentration bedürfen. Entscheidet das Beschlussorgan, dass ein Bereich der hochspezialisierten Medizin zu konzentrieren ist, also die entsprechenden Leistungen nur noch an bestimmten Standorten erbracht werden dürfen, wird dieser Bereich in eine Liste aufgenommen. Diese Liste ist dynamisch, das heisst, sie wird periodisch überprüft und gegebenenfalls angepasst. In einem zweiten Schritt gilt es, die auf der Liste aufgeführten Leistungen bestimmten Standorten zuzuteilen. Diese Zuteilungsentscheide werden ebenfalls vom Beschlussorgan getroffen und in der Liste aufgeführt. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass die Standorte bzw. die beauftragten Leistungserbringer

regelmässig überprüft werden. Aus diesem Grund und wegen des Veränderungspotenzials dieser Leistungen werden die Zuteilungsentscheide befristet. Zur Klarstellung wird in Absatz 4 festgehalten, dass diese Liste der hochspezialisierten Medizin als gemeinsame Spitalliste der Vereinbarungskantone im Sinne von Artikel 39 KVG gilt. Die Konzentrations- und Zuteilungsentscheide basieren auf Anträgen des Fachorgans. Mit der Trennung der fachlichen von der politischen Entscheidungsebene wird bezweckt, diese beiden der Planung zugrunde liegenden Aspekte transparent darzulegen. Die Entscheide des Beschlussorgans, welche die Festlegung der zu planenden Bereiche sowie die Zuteilung der Leistungen an die Standorte betreffen, müssen in jedem Fall die Kriterien gemäss Artikel 4 Absatz 4 IVHSM berücksichtigen. Erwägt das Beschlussorgan eine andere Lösung, so holt es vorgängig die Stellungnahme des Fachorgans ein. Das Beschlussorgan legt auch die Prioritäten der Planung des Konzentrationsprozesses fest, es bestimmt beispielsweise, welcher oder welche der in der Liste aufgeführten Bereiche vorrangig zu konzentrieren sind.

Absatz 7

Ein Quorum soll sicherstellen, dass Planungsentscheide die Belange der von der hochspezialisierten Medizin betroffenen Kantone angemessen berücksichtigen. Absatz 7 bestimmt daher, dass ein Beschluss die Zustimmung von mindestens vier Mitgliedern aus Vereinbarungskantonen mit Universitätsspital und ebenso vielen aus den anderen Kantonen erfordert.

Artikel 4

Absatz 1

Im Gegensatz zum Beschlussorgan soll das Fachorgan mit unabhängigen Expertinnen und Experten besetzt werden. Dies betrifft vornehmlich ungebundene akademische Fachleute, beispielsweise aus den Bereichen Kardiologie, Endokrinologie, Onkologie, Chirurgie und Neurochirurgie, Radiologie, Ophthalmologie, Gentechnologie, Pädiatrie, plastische Chirurgie usw., aber auch aus den ökonomischen und betriebswirtschaftlichen Fachbereichen. Die Mitglieder sollen sich bei ihren Entscheidungen ausschliesslich von ihrer fachlichen Meinung leiten lassen und keine Partikularinteressen ihres Herkunftsortes vertreten. Zur weitestgehenden Gewährleistung der Unabhängigkeit empfiehlt sich auch der Beizug von Expertinnen und Experten aus dem Ausland. Ein Interessenbindungsregister sorgt für Transparenz. Die Anforderungen an die Expertinnen und die Experten sowie das Auswahlverfahren werden wegen ihrer Wichtigkeit durch das Beschlussorgan bestimmt. Auch hier kann auf Vorarbeiten zurückgegriffen werden: Der Vorstand der GDK hat im Jahr 2004 gestützt auf die IVKKM ein Geschäftsreglement für das damals vorgesehene Expertengremium verabschiedet, das unter anderem auch ein Anforderungsprofil für dessen Mitglieder vorsah. Jene Kriterien können Anhaltspunkte betreffend Anforderungen an die Mitglieder des künftigen Fachorgans liefern. Das Fachorgan wird so zusammengesetzt sein, dass dort fundiertes Wissen in den Bereichen Medizin, Gesundheitsökonomie, Health Technology Assessments und Ethik für die zu erfüllende Aufgabe zur Verfügung steht.

Absatz 2

Die Wahl erfolgt ad personam, wodurch einerseits die in Absatz 1 statuierte Unabhängigkeit der Fachleute gestärkt und in Verbindung mit der Möglichkeit der Wiederwahl eine grösstmögliche Kontinuität im Ablauf der fachlichen Arbeit gewährleistet wird. Die Wahl für eine

Dauer von zwei Jahren wird als erforderlich angesehen, um eine erfolgreiche Rekrutierung hochqualifizierter Fachleute zu ermöglichen.

Absatz 3

Dieser Absatz beschreibt in detaillierter Weise die Aufgaben des Fachorgans. Zusammengefasst ergibt sich, dass das Fachorgan die Entscheidungsgrundlagen erarbeitet und fachbezogen sowie wissenschaftlich begründete Anträge an das Beschlussorgan stellt.

Absatz 4

Das Fachorgan berücksichtigt bei der Erfüllung seiner in Absatz 3 genannten Aufgaben jeweils folgende Kriterien:

1. für die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche:

- a) Wirksamkeit
- b) Nutzen
- c) Technologisch-ökonomische Lebensdauer
- d) Kosten der Leistung

2. für den Zuteilungsentscheid:

- a) Qualität
- b) Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals und Teambildung
- c) Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen
- d) Wirtschaftlichkeit
- e) Weiterentwicklungspotenzial

3. für den Entscheid über die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche und die Zuteilung:

- a) Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre
- b) Internationale Konkurrenzfähigkeit

Diese Kriterien sind mit den Kriterien der früheren Vorlage überwiegend identisch. Die Kriterien der Wirksamkeit (Ziffer 1 Buchstabe a) und der Wirtschaftlichkeit (Ziffer 2 Buchstabe d) stimmen mit den Kriterien für die Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Artikel 32 KVG überein. Im Anhang III sind die Erklärungen zu den Kriterien aufgeführt, wie sie von der Arbeitsgruppe Spitzenmedizin im Jahr 2003 erarbeitet worden sind.

Hinzugekommen sind die Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen (Ziffer 2 Buchstabe c), das Weiterentwicklungspotenzial (Ziffer 2 Buchstabe e) und die internationale Konkurrenzfähigkeit (Ziffer 3b). Der Einbezug der unterstützenden Disziplinen trägt der Tatsache Rechnung, dass für eine bestimmte Intervention neben der HSM-Leistung auch noch andere Leistungen erforderlich sind, die zwar nicht zum HSM-Bereich gehören, ohne die jedoch die Erbringung der HSM-Leistung nicht möglich wäre. Bei einem Zuteilungsentscheid dürfen bei der Betrachtung der Wirtschaftlichkeit (Ziffer 2 Buchstabe d) auch die Kosten eines allfälli-

gen Aus- oder Abbaus von Kapazitäten an den betroffenen Standorten nicht ausser Acht gelassen werden. Die Berücksichtigung der internationalen Konkurrenzfähigkeit (Ziffer 3 Buchstabe b) ist im Hinblick auf die Attraktivität des Forschungsplatzes und die wirtschaftliche Entwicklung des Standorts Schweiz von grosser Wichtigkeit.

Die Grundzüge des Verfahrens zur Beschlussfassung des Fachorgans sind bereits in der Vereinbarung zu regeln. Deswegen regelt Absatz 5 das für einen Entscheid erforderliche Quorum. Ausserdem legt das Beschlussorgan die Ausstandsregeln fest.

Artikel 5

Das Projektsekretariat wird vom Beschlussorgan eingesetzt. Es hat unterstützende Funktion für die beiden anderen Organe im Sinne organisatorischer und technischer Tätigkeiten. Es soll zur Koordination der beiden Organe, als Ansprechpartner für externe Stellen sowie zur Unterstützung der beiden Organe dienen.

Artikel 6

Für die Einzelheiten der Beschlussfassung und der Arbeitsweise geben sich die beiden Organe jeweils ein Geschäftsreglement. Das Reglement des Fachorgans bedarf der Genehmigung des Beschlussorgans.

Artikel 7 und 8

Die Vereinbarung legt verschiedene Grundsätze fest, die bei der gesamtschweizerischen Planung der hochspezialisierten Medizin zu beachten sind. Diese decken sich überwiegend mit den bereits im Rahmen der Vorarbeiten entwickelten Grundsätzen oder sind präzisiert worden. So soll zur Erzielung von Synergien bei der Planung darauf geachtet werden, dass die zu konzentrierenden medizinischen Leistungen einigen wenigen universitären oder multidisziplinären Zentren zugeteilt werden (Artikel 7 Absatz 1). Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in einzelnen Fachbereichen HSM-Leistungen auch in Zentrumsspitalern erbracht werden können, weil auch dort eine Anbindung an die universitäre Lehre und Forschung sichergestellt oder in multidisziplinären Teams mit hohem Qualitätsniveau gearbeitet werden kann. Multidisziplinäre Patientenbetreuung bedeutet, dass Patienten von Fachpersonen aus verschiedenen Fachgebieten (Disziplinen) gemeinsam betreut werden müssen. Die bei einer Behandlung auftretenden Probleme sollen aus dem Blickwinkel der verschiedenen betroffenen Disziplinen diskutiert und unter Mitwirkung der entsprechenden Spezialistinnen und Spezialisten gelöst werden. Diese Spezialistinnen und Spezialisten verfolgen gemeinsam den Verlauf der Behandlung. Je nach Krankheit und Behandlungsphase können diese multidisziplinären Teams unterschiedlich zusammengesetzt sein. Durch die präzise Umschreibung der HSM-Leistungen und die Betonung des Seltenheitserfordernisses in Artikel 1 werden die Auswirkungen der Vereinbarung für die betroffenen Kantone und Spitäler transparent gemacht und so Rechtssicherheit geschaffen.

Weiter soll die Planung mit jener im Bereich der Forschung abgestimmt werden. Dabei sollen Forschungsanreize gesetzt und koordiniert werden (Artikel 7 Absatz 2). Es ist zweckmässig, die Planungen des medizinischen Leistungsbereichs und jene der Schwerpunktsetzung in der Forschung aufeinander abzustimmen. Dieses Vorgehen darf aber nicht zu einem Primat einer der beiden Planungsbereiche führen.

Es ist darauf zu achten, dass die Einsparungen, die durch die Konzentration auf klinischer Seite realisiert werden, in einem vernünftigen Verhältnis stehen zu den gestiegenen Zugangskosten für die Patientinnen und Patienten (bspw. Reisekosten).

Ferner können auch Kooperationen mit dem nahen Ausland vorgesehen werden (Artikel 7 Absatz 7). Nicht zuletzt orientiert sich eine solche Planung stark an Mindestfallzahlen, die hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit der geplanten hochspezialisierten Leistungen von Bedeutung sind.

Die Planung kann in Stufen erfolgen. Es kann also sowohl eine Planung nur einzelner Fachbereiche als auch ein Zuteilungsentscheid erfolgen, dass eine medizinische Leistung beispielsweise in den ersten drei Jahren nach dem Entscheid durch drei universitäre Zentren und anschliessend je nach Entwicklung der Fallzahlen und der Qualität nur noch an zwei Zentren angeboten werden darf.

Artikel 9

Absatz 1

Diese Bestimmung verdeutlicht, in welchem Verhältnis die Entscheide des Beschlussorgans betreffend der Bezeichnung und der Zuweisung der hochspezialisierten medizinischen Leistungen an Leistungserbringer (HSM-Liste gemäss Artikel 3 Absatz 4 IVHSM) und der Beschlüsse der Kantonsregierungen über die kantonalen Spitallisten zueinander stehen. Daher wurde ausdrücklich aufgenommen, dass die Vereinbarungskantone ihre Kompetenz zum Erlass der Spitalliste gemäss Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG dem in der IVHSM neu geschaffenen HSM-Beschlussorgan übertragen, soweit der Bereich der hochspezialisierten Medizin betroffen ist.

Absatz 2

Da das HSM-Beschlussorgan die Bestimmung und Zuweisung der einzelnen Bereiche der hochspezialisierten Medizin stufenweise vornehmen kann (vgl. Artikel 7 Absatz 8), werden allfällige Zuteilungsbeschlüsse der Kantonsregierungen im Bereich der HSM erst dann hinfällig, wenn das HSM-Beschlussorgan beschlossen hat, einen Bereich in die Liste der hochspezialisierten Medizin aufzunehmen und die entsprechenden Leistungen den von ihm bestimmten Leistungserbringern zuzuweisen. Erst ab diesem Zeitpunkt gelten folglich anders lautende, in der jeweiligen kantonalen Spitalliste ausgewiesene kantonale Zulassungen von Leistungserbringern als aufgehoben.

Artikel 10

Die Kosten des Vollzugs der Vereinbarung einschliesslich Monitoring und Projektsekretariat werden sich voraussichtlich auf rund CHF 450'000 pro Jahr belaufen. Sie werden von den Vereinbarungskantonen entsprechend ihrer Einwohnerzahl getragen. Diese Summe soll über das reguläre Budget der GDK ausgewiesen werden.

Das Finanzierungsmodell der Planung im Bereich HSM für die nächsten Jahre präsentiert sich folgendermassen (in CHF):

	2009	2010	2011	2012
Sekretariat wissenschaftlich	150'000	150'000	150'000	150'000
Sekretariat administrativ	50'000	50'000	50'000	50'000
Monitoring Daten-grundlage HSM	100'000	100'000	100'000	100'000
Mandate	100'000	100'000	100'000	100'000
Entschädigung Fachorgan	40'000	40'000	40'000	40'000
Spesen Kommissionen	10'000	10'000	10'000	10'000
Total	450'000	450'000	450'000	450'000

Für die Aufgaben des HSM-Sekretariats werden als Aufwand CHF 150'000 für eine wissenschaftliche Mitarbeiterin oder einen wissenschaftlichen Mitarbeiter und CHF 50'000 für ein administratives Sekretariat eingesetzt. Das Monitoring besteht darin, Auszüge aus bestehenden Datenbanken zu erstellen und in einem Bericht eine Übersicht zu den HSM-Leistungen zu erarbeiten. Der Aufwand liegt im Umfang etwa einer wissenschaftlichen Vollzeitstelle. Der Betrag für Mandate ist vorgesehen für vertiefte Analysen in einzelnen Bereichen und Aufwendungen für Expertenberichte sowie kleinere Gutachten, die zur Abklärung von speziellen Fragen notwendig sind und innerhalb des Fachgremiums nicht abgedeckt werden können. Allfällige Entschädigungen für diese Mandatsträgerinnen und -träger sind im Geschäftsreglement des Fachorgans festzulegen (vgl. Artikel 6).

Die finanziellen Auswirkungen der IVHSM auf den Kanton Basel-Stadt sind in Ziffer 5.1 dargelegt.

Artikel 11

Für das Streitbelegungsverfahren sind die Artikel 31 bis und mit 34 IRV (Rahmenvereinbarung vom 24. Juni 2005 für die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich massgebend (Rahmenvereinbarung, IRV; BSG 632.1), vgl. Anhang IV zu diesem Ratschlag). Das Streitbelegungsverfahren ist zweistufig. Es besteht aus einem informellen Vorverfahren vor dem Präsidium der Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) und einem förmlichen Vermittlungsverfahren vor der Interkantonalen Vertragskommission (IVK) gemäss Artikel 7 IRV. Zweck der (freiwillig) übernommenen Verpflichtung, am Streitbelegungsverfahren teilzunehmen, ist die Vermeidung einer Klage gemäss Artikel 120 Absatz 1 Buchstabe b BGG (Bundesgesetz vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht, Bundesgerichtsgesetz, BGG; SR 173.110).

Artikel 12

Absatz 1

Artikel 12 Absatz 1 erwähnt ausdrücklich die gegen die Zuteilungsentscheide nach Artikel 53 Absatz 1 KVG (tritt am 1. Januar 2009 in Kraft) mögliche Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG. Der Entscheid des Beschlussorgans, mit dem das Beschlussorgan in Vollzug von Artikel 39 KVG die gemeinsame Spitalliste festsetzt und damit gleichzeitig Leistungen der HSM einer stationären Einrichtung als Leistungserbringer im Sinne des KVG zuteilt, ist ebenfalls als solcher Beschluss nach Artikel 39 KVG zu verstehen. Das belegen die Änderungen des KVG im Zusammenhang mit der Spitalplanung, welche die Eidgenössischen Räte am 21. Dezember 2007 beschlossen haben. Während der neu eingefügte Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG den Kantonen im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung auferlegt, bestimmt der ebenfalls neue Artikel 53 Absatz 1 KVG ausdrücklich, dass gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht geführt werden kann. Damit sind auch Beschwerden gegen die in Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG genannten gemeinsamen Planungsbeschlüsse der Kantone erfasst. Dass in Artikel 39 KVG von den Beschlüssen „der Kantone“ die Rede ist, während Artikel 53 KVG auf die „Beschlüsse der Kantonsregierungen“ Bezug nimmt, führt zu keinem anderen Ergebnis. Artikel 53 KVG verweist ausnahmslos auf alle Beschlüsse gemäss Artikel 39 KVG ohne zu unterscheiden, ob es sich um Planungen einzelner oder mehrerer Kantone handelt.

Absatz 2

In der Vereinbarung ist zu regeln, welches Verfahrensrecht anzuwenden ist. Da es kein interkantoniales Verfahrensrecht gibt, bietet es sich an, das Verwaltungsverfahrensrecht des Bundes als anwendbar zu erklären. Daher bestimmt Artikel 12 Absatz 2 IVHSM, dass für das Verfahren, das zur Festsetzung der gemeinsamen Spitalliste führt, die Vorschriften des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) sinngemäss anzuwenden sind. In Artikel 6 VwVG ist beispielsweise geregelt, dass vor Erlass eines Entscheides die Parteien anzuhören sind, und definiert, dass dazu nur diejenigen gehören, die durch eine Verfügung in ihren Rechten und Pflichten berührt sind.

Artikel 13

Absätze 1 und 2

Mit der Mitteilung an die GDK wird der Beitritt eines Kantons zur Vereinbarung wirksam. Ein beigetretener Kanton kann auch wieder austreten, indem er dies gegenüber der GDK mitteilt.

Absatz 2

Satz 2 regelt, ab wann der Austritt wirksam wird.

Absatz 3

Der früheste Zeitpunkt, auf den ein Vereinbarungskanton austreten kann, wird auf 5 Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung und für später beigetretene Kantone auf den Ablauf von 5 Jahren nach erfolgtem Beitritt festgelegt.

Artikel 14

Die bereits in Artikel 11 IVHSM erwähnte interkantonale Rahmenvereinbarung (IRV) sieht vor, dass die Trägerkantone über die Tätigkeiten der gemeinsamen Trägerschaft rechtzeitig und umfassend zu informieren sind. Es liegt daher nahe, auch für die vorliegende interkantonale Zusammenarbeitsvereinbarung eine entsprechende Verpflichtung vorzusehen. Wer in den einzelnen Kantonen Empfänger dieser Informationen ist und wie die Parlamente zu informieren sind, wird den einzelnen Kantonen überlassen.

Artikel 15

Für das Inkrafttreten sind grundsätzlich zwei Quoren zu beachten: Die Anzahl Kantone, die mindestens beigetreten sein müssen, damit die GDK die Vereinbarung in Kraft setzen kann, sowie der Beitritt aller Standortkantone von Universitätsspitalern (Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt und Genf).

Artikel 16*Absatz 1*

Die IVHSM gilt unbefristet. Davon zu unterscheiden ist, dass die Kantone unter Wahrung der in Artikel 13 Absätze 2 und 3 geregelten Fristen aus der Vereinbarung austreten können.

Absatz 2

Analog zur Regelung des Inkrafttretens (Artikel 15) tritt die Vereinbarung ausser Kraft, wenn die Zahl der Mitglieder unter 17 fällt oder aber einer der Kantone mit Universitätsspital seinen Austritt erklärt.

Artikel 17

Aufgrund veränderter Rahmenbedingungen können Anpassungen der Vereinbarung erforderlich werden. Die Anträge von drei Vereinbarungskantonen reichen aus, damit die GDK das Verfahren zur Anpassung der IVHSM einleitet. Dieses Quorum ist tief angelegt, damit auch Minderheiten eine Revision in Gang setzen können. Änderungen der Vereinbarung können erst in Kraft treten, wenn der geänderten Vereinbarung alle Vereinbarungskantone beigetreten sind. Damit wird das Entstehen paralleler Regelungen vermieden. Andernfalls würde für die Vereinbarungskantone, die der Änderung zugestimmt haben, die geänderte Vereinbarung gelten und für diejenigen, die nicht zustimmten, die ursprüngliche Vereinbarung weiter gelten.

5. Auswirkungen der Interkantonalen Vereinbarung auf den Kanton Basel-Stadt

5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Der Beitritt des Kantons zur IVHSM hat keine Änderungen bei den Regeln für die Finanzierung der hochspezialisierten Medizin zur Folge. Die Mitfinanzierung der Kosten, die durch die Erbringung der im Anhang der Vereinbarung aufgeführten hochspezialisierten medizinischen Leistungen entstehen, erfolgt unverändert gestützt auf die geltenden Bestimmungen

des Sozialversicherungsrechts des Bundes. Es ist davon auszugehen, dass die Koordination und Konzentration gewisser hochspezialisierter medizinischer Leistungen für den Kanton im Vergleich zur heutigen Situation per Saldo kostengünstiger sein wird.

Gemäss Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG sind die Kantone bereits heute verpflichtet, eine Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung (und damit auch für die Versorgung mit hochspezialisierten medizinischen Leistungen) zu erstellen. Der ab dem 1. Januar 2009 geltende Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG verpflichtet die Kantone sodann neu zu einer gemeinsamen gesamtschweizerischen Planung. In Zukunft werden diese Arbeiten gestützt auf die IVHSM im Rahmen der vorgesehenen gemeinsamen Planung der hochspezialisierten Medizin geleistet.

Die durch den Vollzug der IVHSM zusätzlich anfallenden Verwaltungskosten auf Ebene der GDK werden gemäss Artikel 10 der IVHSM von den der Vereinbarung beigetretenen Kantonen entsprechend ihrer Einwohnerzahl anteilmässig getragen. Nach Schätzungen des Zentralsekretariates ist in Zukunft mit jährlich wiederkehrenden Gesamtkosten in der Grössenordnung von CHF 450'000 zu rechnen. Auf der Basis des geltenden Bevölkerungsschlüssels der GDK entspricht dies einem jährlichen Beitrag des Kantons Basel-Stadt von rund CHF 11'000.

5.2 Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Kanton und dem Bund

Mit dem Beitritt zur IVHSM gibt der Kanton Basel-Stadt seine Planungshoheit in gewissen Bereichen der hochspezialisierten Medizin zu Gunsten einer gemeinsam zu erstellenden Planung auf interkantonaler Ebene ab. Die Vereinbarung entfaltet damit ihre Wirkung vorab auf das Verhältnis zwischen den Kantonen, wird doch die hochspezialisierte Medizin in Zukunft auf der Ebene der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren geplant. Gleichzeitig kommt aber der Kanton Basel-Stadt mit dem Beitritt zur IVHSM seiner Pflicht gemäss Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG nach, die hochspezialisierte Medizin gemeinsam mit den anderen Kantonen auf gesamtschweizerischer Ebene zu planen.

Wesentlich gewichtiger wären die Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Kanton und dem Bund bei einem Nicht-Zustandekommen der Vereinbarung (mangels einer genügenden Anzahl Beitritte zur IVHSM): Kommen die Kantone ihrer Pflicht zur gemeinsamen Planung nicht zeitgerecht nach, so legt nach Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

5.3 Auswirkungen auf die Gemeinden

Der beantragte Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin wirkt sich nicht auf die Gemeinden aus.

5.4 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Die Führung und der Betrieb des Universitätsspitals Basel haben nachhaltige Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort Basel und insbesondere auf den Forschungs- und Medizinstandort Basel. Mit dem Beitritt zur bzw. mit dem Inkrafttreten der IVHSM wird das Universitätsspital Basel von allen Kantonen als Erbringer von bestimmten Leistungen der hochspezialisierten Medizin anerkannt. Damit wird die Position des Universitätsspitals Basel zusätzlich gestärkt.

5.5 Auswirkungen auf den Politikplan des Regierungsrates

Auf den Seiten 15 und 16 des Politikplans 2008 – 2011 ist festgehalten, dass sich der Regierungsrat unter anderen folgende Unterziele setzt, um die Ziele von Basel 2020 zu erreichen:

„Im Bereich der Hochspezialisierten Medizin sind die baselstädtischen Universitätsspitäler gesamtschweizerisch hinsichtlich ihrer Stärken und Schwerpunkte positioniert. Sie kooperieren mit anderen Universitätsspitalern, erbringen universitäre Dienstleistungen für die ganze Region und werden von der Region mitgetragen.“

„Das Angebot an hochspezialisierter Medizin in der Region Basel wird gesamtschweizerisch und regional langfristig gestärkt und gesichert.“

Der Beitritt zur IVHSM unterstützt und konkretisiert die Erreichung dieser Ziele des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt.

5.6 Auswirkungen auf die Delegation von Rechtsetzungskompetenzen

Die IVHSM hat zur Folge, dass die Kantone ihre Zuständigkeit zum Erlass der Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin dem HSM-Beschlussorgan übertragen.

Wie erwähnt sind die Kantone aber nach Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG zu einer gemeinsamen gesamtschweizerischen Planung der hochspezialisierten Medizin verpflichtet.

6. Bericht zum Anzug Rolf Stürm und Konsorten betreffend Zürich will Spitzenmedizin in Basel und Bern auslöschen

6.1 Der Anzugstext im Wortlaut

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom Mittwoch, 09. November 2005, den nachstehenden Anzug Rolf Stürm und Konsorten betreffend Zürich will Spitzenmedizin in Basel und Bern auslöschen dem Regierungsrat zum Bericht überwiesen:

„1. Ausgangslage

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtet die Kantone, im Bereich der hochspezialisierten Medizin (Spitzenmedizin) eine Konzentration respektive Koordination des Angebotes herbeizuführen. Sind die Kantone dazu nicht in der Lage, fällt die Entscheidkompetenz im Frühjahr 2006 dem Bund zu (Bundeslösung).

Demzufolge haben verschiedene Fachgruppen im Auftrag der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) ein Modell für die weitere Bearbeitung des spitzenmedizinischen Angebotes vorgelegt - ein konkretes Verteilungsangebot für einzelne Disziplinen wurde aber erst für die Transplantationsmedizin ausgearbeitet. Für den weitaus grösseren Teil der Spitzenmedizin wurden erst Instrumente zur weiteren Bearbeitung vorgelegt. Diese Arbeiten haben nun in eine „interkantonale Vereinbarung zur Spitzenmedizin“ (IVKKM) gemündet, welche den Kantonen zur Genehmigung vorgelegt wurde. Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt hat die Vereinbarung bereits einstimmig genehmigt, im Landrat des Kantons Basel-Landschaft ist das Thema traktandiert. Zur Ratifizierung wäre die Zustimmung von mindestens 17 Kantonen notwendig, darunter die Standortkantone der Universitätsspitäler (Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich), denen somit faktisch ein Vetorecht zukommt.

Obwohl der Kanton Zürich in sämtlichen Arbeitsgruppen vertreten war und alle Vereinbarungen mitgetragen hat, will man dort nun durch Ausübung des faktischen Vetorechts die IVKKM zu Fall bringen. Zürich will eine Monopolstellung und beansprucht nicht nur alle Transplantationen, sondern die gesamte Spitzenmedizin für sich. Gewisse Zugeständnisse werden aus taktischen Gründen lediglich gegenüber der Westschweiz gemacht. Begründet wird dies ausschliesslich mit der Grösse des Einzugsgebietes. Die universitärmedizinischen Zentren Basel und Bern werden dabei in überheblicher Art und Weise aus der weiteren Planung ausgeschlossen, obwohl hier in verschiedenen Disziplinen nachgewiesenermassen eine höhere fachliche und klinische Kompetenz und somit eine bessere Qualität der Dienstleistung zugunsten der Patientinnen und Patienten besteht.

2. Mögliche Auswirkungen auf unsere Region

Für die Region Nordwestschweiz hätte die Umsetzung der Zürcher Intentionen schwerwiegende Konsequenzen: Die untrennbar mit der Spitzenmedizin verbundene medizinische Fakultät der Universität Basel, für deren Erhalt sich Parlamente und Regierungen beider Basel stets klar ausgesprochen haben, wäre gefährdet. Dies hätte bei Weitem nicht nur bildungspolitische sondern auch starke Standort- und wirtschaftspolitische Folgen: die Zusammenarbeit mit der in Basel ansässigen Pharma- und Medizinalprodukteindustrie, die auf die Zusammenarbeit mit einem universitärmedizinischen Zentrum - gerade im Bereich der Forschung - grossen Wert legt, würde aufs Spiel gesetzt, zahlreiche Arbeitsplätze in unserer Region würden gefährdet. Hinzu kommt, dass die Region Nordwestschweiz in einem solchen Fall der eigenen Bevölkerung keinerlei spitzenmedizinische Dienstleistungen mehr anbieten könnte und entsprechende Behandlungen mit Reisen nach Zürich oder Genf/Lausanne verbunden wären. Gerade bei regelmässigen Behandlungen (z.B. Strahlentherapie) könnte dies zu vermehrten stationären Hospitalisierungen führen.

So würden auch sämtliche Bestrebungen im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Frage gestellt.

3. Schlussfolgerung

Diesem äusserst fragwürdigen und egoistisch motivierten Monopolisierungsversuch der Zürcher Behörden muss Einhalt geboten werden. Der richtige und weiter zu verfolgende Weg besteht darin, die Schwerpunktbildung, Vernetzung und Kooperation im Rahmen von 5 spezialisierten, spitzenmedizinischen Kompetenzzentren weiterzuentwickeln.

Hinzu kommt, dass innovative Versorgungsmodelle (z.B. Telemedizin, Einsatz mobiler Chirurgeteams etc.) wie sie in unserer Region bereits mit Erfolg praktiziert werden, im Rahmen einer monopolisierten spitzenmedizinischen Versorgung kaum eine Zukunft hätten.

4. Fragen

Die Unterzeichnenden bitten den Regierungsrat zu prüfen und zu berichten, ob und wie er:

1. zusammen mit den Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Bern beim Bundesrat vorstellig wird, mit dem Ziel, die Weiterführung des in der universitären Medizin anerkannten 5-Standorte-Modells auch für die Spitzenmedizin zu erreichen;
2. zusammen mit den weiteren Mitgliedskantonen der GDK Nordwestschweiz (Aargau, Luzern und Solothurn) sowie dem Kanton Jura eine gemeinsamen Haltung in dieser Sache erarbeiten wird;

3. Exponentinnen/Exponenten aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft für die Anliegen unserer Region in diesem Zusammenhang gewinnen kann;
4. die Projekte „Medizin Bern - Basel“ und „grenzüberschreitende Zusammenarbeit“ mit hoher Priorität fortführen wird;
5. in der Region bereits vorhandene innovative Versorgungsmodelle vertieft prüfen und verfolgen wird, um eine gute Startposition für eine allfällige Bundeslösung sicher zu stellen;
6. sämtliche Arbeiten in dieser Sache in Absprache und gemeinsam mit dem Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft erledigen wird.“

6.2 Stellungnahme zum Anzug

Mit der nun vorliegenden und zu ratifizierenden IVHSM wird die Weiterführung des in der universitären Medizin anerkannten Netzwerkstrategie unter mehreren Standorten auch für die Spitzenmedizin sichergestellt. Sämtliche Mitgliedskantone der GDK-Nordwestschweiz unterstützen dabei die neue IVHSM.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklung ist ein Scheitern der IVHSM und eine allfällige Bundeslösung nach wie vor möglich, weshalb insbesondere der Kooperation zwischen Basel und Bern weiterhin grosse Bedeutung zukommt.

Bis heute konnte eine ganze Reihe von Massnahmen konkretisiert werden. Basel und Bern arbeiten in Struktur- und Berufungskommissionen zusammen. In verschiedenen Bereichen ist die Zusammenarbeit institutionalisiert. In den nächsten Jahren sind namentlich die folgenden Massnahmen vorgesehen: Die Bündelung der Kräfte, der Aufbau komplementärer Angebote, die Zusammenarbeit bei der Neubesetzung von Stellen, der Aufbau standortübergreifender Kompetenzzentren und eine standortübergreifende Neupositionierung von Fachbereichen. Schliesslich streben die Kantone Basel-Stadt und Bern auch eine Zusammenarbeit in der Lehre und im Informatikbereich an.

Der wichtigste und sich bereits in Umsetzung befindliche Schritt in der Kooperation Basel und Bern konnte am 26. Mai 2006 der Öffentlichkeit kommuniziert werden. Herzchirurgie und Neurochirurgie wurden zu Prototypen der Zusammenarbeit der Medizinischen Fakultäten und Universitätsspitäler Basel und Bern. Seit Herbst 2007 betreiben das Inselspital Bern und das Universitätsspital Basel die Herzchirurgie unter der Leitung von Prof. Thierry Carrel gemeinsam als standortübergreifendes Kompetenzzentrum Basel-Bern. Der neue Chefarzt und Ordinarius Herzchirurgie, Prof. Friedrich Eckstein, hat am 1.4.2008 seine Tätigkeit am Universitätsspital Basel aufgenommen. Damit wird der Aufbau der gemeinsamen Herzchirurgie Bern/Basel an zwei Standorten entscheidend konkretisiert und es entsteht eine der bedeutendsten Herzchirurgiekliniken im deutschsprachigen Raum.

In der Neurochirurgie haben Basel und Bern ihre Schwerpunkte aufeinander abgestimmt und die gemeinsame Berufung der Nachfolge ihrer Ordinariate ist in der Finalisierungsphase.

Damit hat sich das Projekt „Medizin Bern - Basel“ vom kurzfristigen Pilotprojekt zur mittelfristigen und institutionalisierten Allianz entwickelt, der mittlerweile auch der Kanton Basel-Landschaft und das Universitäts-Kinderspital beider Basel beigetreten sind.

6.3 Antrag

Gestützt auf die vorgängigen Ausführungen und aufgrund der zum Teil geplanten beziehungsweise zum Teil bereits umgesetzten Massnahmen beantragt der Regierungsrat dem Grossen Rat, den Anzug Rolf Stürm und Konsorten als erledigt abzuschreiben.

7. Antrag

Das Finanzdepartement hat den vorliegenden Ratschlag gemäss §55 des Gesetzes über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltgesetz) vom 16. April 1997 überprüft.

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir dem Grossen Rat die Annahme des nachstehenden Beschlussentwurfes

sowie den Anzug Rolf Stürm und Konsorten betreffend „Zürich will Spitzenmedizin in Basel und Bern auslöschen“ als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Dr. Robert Heuss
Staatsschreiber

Beilagen:

Entwurf Grossratsbeschluss

Beilage I: Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)

Beilage II: Beispiele von Disziplinen mit hochspezialisierten medizinischen Leistungen

Beilage III: Agenda zur Organisation des Bereichs hochspezialisierte Medizin der Schweiz

Beilage IV: Rahmenvereinbarung für die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich (IRV)

Grossratsbeschluss

betreffend

Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)

(vom **[Hier Datum eingeben]**)

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, nach Einsicht in den oben stehenden Ratschlag und in den Bericht Nr. **[Hier Nummer des GRK-Berichts eingeben]** der **[Hier GR-Kommission eingeben]**-Kommission, beschliesst:

://: Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt stimmt dem Beitritt des Kantons Basel-Stadt zur Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierten Medizin (IVHSM) zu und ermächtigt den Regierungsrat, diese Vereinbarung zu unterzeichnen.

Dieser Beschluss ist zu publizieren. Er unterliegt dem Referendum.

8. Beilage I: Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1 Zweck

¹ Die Kantone vereinbaren im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung die Sicherstellung der Koordination der Konzentration der hochspezialisierten Medizin. Diese umfasst diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotenzial, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei immer aber das der Seltenheit vorliegen muss.

² Zur Erreichung des in Abs. 1 genannten Zwecks und in Erfüllung der einschlägigen Vorgaben des Bundes¹ vereinbaren die Kantone die gemeinsame Planung und Zuteilung der hochspezialisierten Medizin.

Artikel 2 Vollzug der Vereinbarung

Die Mitglieder der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren aus den Vereinbarungskantonen wählen ein Beschlussorgan (HSM-Beschlussorgan), dem der Vollzug der Vereinbarung obliegt. Dieses setzt ein Fachorgan sowie ein Projektsekretariat ein.

2. Abschnitt: Die Organisation der interkantonalen Planung

Artikel 3 Zusammensetzung, Wahl und Aufgaben des HSM-Beschlussorgans

¹ Das Beschlussorgan setzt sich aus folgenden Mitgliedern der GDK-Plenarversammlung zusammen:

- den fünf Mitgliedern der Vereinbarungskantone mit Universitätsspital Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt und Genf;
- fünf Mitglieder aus den anderen Vereinbarungskantonen wovon mindestens zwei Mitglieder Vereinbarungskantone mit einem grossen Zentrumsspital, das interkantonale Leistungsaufgaben wahrnimmt, vertreten.

Zudem können das Bundesamt für Gesundheit, die Schweizerische Universitätskonferenz und santésuisse je eine Person mit beratender Stimme in das Beschlussorgan delegieren.

² Die Mitglieder einschliesslich des Präsidiums werden von den GDK-Mitgliedern der Vereinbarungskantone für eine Dauer von 2 Jahren gewählt. Eine Wiederwahl ist möglich. Die Stellvertretung richtet sich nach den Bestimmungen in den Statuten der GDK über die Stellvertretung an Plenarversammlungen.²

¹ Art. 39 KVG: geändert durch Beschluss der Bundesversammlung am 21.12.2007; tritt am 1.1.2009 in Kraft.

² Art. 5 Statuten der Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren

³ Das Beschlussorgan bestimmt die Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die einer schweizweiten Konzentration bedürfen, und trifft die Planungs- und Zuteilungsentscheide.

⁴ Hierzu erstellt es eine Liste der Bereiche der hochspezialisierten Medizin und der mit der Erbringung der definierten Leistungen beauftragten Zentren. Die Liste wird periodisch überprüft. Sie gilt als gemeinsame Spitalliste der Vereinbarungskantone gemäss Art. 39 KVG. Die Zuteilungsentscheide werden befristet.

⁵ Die Entscheide des Beschlussorgans basieren auf Anträgen des Fachorgans. Das Beschlussorgan beachtet die Kriterien gemäss Art. 4 Abs. 4. Seine Beschlüsse gemäss Art. 3 Abs. 3 und 4 bedürfen der vorgängigen Stellungnahme des Fachorgans.

⁶ Das Beschlussorgan kann dem Fachorgan Aufträge erteilen.

⁷ Die Mitglieder streben eine einvernehmliche Entscheidfindung an. Kann diese nicht erreicht werden, erfordert ein Beschluss die Zustimmung von mindestens vier Mitgliedern aus Vereinbarungskantonen mit Universitätsspital und von vier Mitgliedern der anderen Vereinbarungskantone.

Artikel 4 Zusammensetzung, Wahl und Aufgaben des HSM-Fachorgans

¹ Das HSM-Fachorgan besteht aus höchstens 15 unabhängigen Experten, bei deren Bestellung mehrere geeignete Bewerber aus dem Ausland zu berücksichtigen sind. Das Beschlussorgan bestimmt die Anforderungen an die Experten und legt das Auswahlverfahren fest. Die Mitglieder legen ihre Interessen in einem Interessenbindungsregister offen.

² Die Wahl der Experten einschliesslich des Präsidiums erfolgt ad personam durch das HSM-Beschlussorgan für eine Dauer von 2 Jahren. Eine Wiederwahl ist möglich.

³ Das HSM-Fachorgan hat folgende Aufgaben:

1. es beobachtet neue Entwicklungen;
2. es stellt und überprüft Anträge auf Aufnahme und Streichung aus dem HSM-Bereich;
3. es legt die Voraussetzungen fest, welche zur Ausführung einer Dienstleistung bzw. eines Dienstleistungsbereiches erfüllt werden müssen bezüglich Fallzahl, personellen und strukturellen Ressourcen und an unterstützenden Disziplinen;
4. es bereitet die Entscheidungen des Beschlussorgans vor; dazu gehören insbesondere die Vorbereitungsarbeiten der Zuteilung gemäss den oben beschriebenen Voraussetzungen sowie die Prüfung der Lösungsvorschläge;
5. es stellt dem Beschlussorgan die entsprechenden Anträge und begründet diese fachbezogen und wissenschaftlich;
6. es erstattet dem Beschlussorgan jährlich Bericht über den Stand seiner Arbeiten.

⁴ Das HSM-Fachorgan berücksichtigt bei der Erfüllung seiner in Abs. 3 genannten Aufgaben folgende Kriterien:

1. Für die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche:

- a) Wirksamkeit;
- b) Nutzen;

- c) Technologisch-ökonomische Lebensdauer;
- d) Kosten der Leistung.

2. Für den Zuteilungsentscheid:

- a) Qualität
- b) Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals und Teambildung;
- c) Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen;
- d) Wirtschaftlichkeit;
- e) Weiterentwicklungspotenzial.

3. Für den Entscheid über die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche und die Zuteilung:

- a) Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre
- b) Internationale Konkurrenzfähigkeit.

⁵ Die Experten streben eine einvernehmliche Entscheidfindung an. Kann diese nicht erreicht werden, werden Beschlüsse mit dem einfachen Mehr der anwesenden Mitglieder gefasst, wobei mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sein müssen. Das Beschlussorgan erlässt die Ausstandsregeln.

Artikel 5 Wahl und Aufgaben des HSM-Projektsekretariats

¹ Das HSM-Projektsekretariat wird vom Beschlussorgan eingesetzt.

² Es unterstützt organisatorisch und technisch die im Zusammenhang mit der Planung der hochspezialisierten Medizin erfolgenden Arbeiten des Beschluss- und des Fachorgans und koordiniert diese.

Artikel 6 Arbeitsweise

Das Beschluss- und das Fachorgan geben sich jeweils ein Geschäftsreglement, das die Einzelheiten zur Organisation, Arbeitsweise und Beschlussfassung festlegt. Das Reglement des Fachorgans bedarf der Genehmigung des Beschlussorgans.

3. Abschnitt Planung

Artikel 7 Grundsätze

¹ Zur Gewinnung von Synergien ist darauf zu achten, dass die hochspezialisierten Leistungen auf wenige universitäre oder multidisziplinäre Zentren konzentriert werden.

² Die Planung gemäss dieser Vereinbarung soll mit jener im Bereich der Forschung abgestimmt werden. Forschungsanreize sollen gesetzt und koordiniert werden.

³ Die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen sind bei der Planung zu berücksichtigen.

⁴ Die Planung umfasst jene Leistungen, die durch schweizerische Sozialversicherungen mitfinanziert werden.

⁵ Die Zugänglichkeit für Notfälle sind bei der Planung zu berücksichtigen.

⁶ Die Planung berücksichtigt die vom schweizerischen Gesundheitswesen erbrachten Leistungen für das Ausland.

⁷ Bei der Planung können Kooperationsmöglichkeiten mit dem nahen Ausland genutzt werden.

⁸ Die Planung kann in Stufen erfolgen.

Artikel 8 Besondere Anforderungen an die Planung der Kapazitäten

Bei der Zuordnung der Kapazitäten sind folgende Vorgaben zu beachten:

- a) Die gesamten in der Schweiz verfügbaren Kapazitäten sind so zu bemessen, dass die Zahl der Behandlungen, die sich unter umfassender kritischer Würdigung erwarten lassen, nicht überschritten werden kann.
- b) Die resultierende Anzahl der Behandlungsfälle der einzelnen Einrichtung pro Zeitperiode darf die kritische Masse unter den Gesichtspunkten der medizinischen Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit nicht unterschreiten.
- c) Den Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Zentren im Ausland kann Rechnung getragen werden.

Artikel 9 Auswirkungen auf die kantonalen Spitalisten

¹ Die Vereinbarungskantone übertragen ihre Zuständigkeit gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG zum Erlass der Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin dem HSM-Beschlussorgan.

² Ab dem Zeitpunkt der gemäss Art. 3 Abs. 3 und 4 erfolgten Bestimmung eines Bereiches der hochspezialisierten Medizin und seiner Zuteilung durch das HSM-Beschlussorgan an mit der Einbringung der betreffenden Leistung beauftragte Zentren gelten abweichende Spitallistenzulassungen der Kantone im entsprechenden Umfang als aufgehoben.

4. Abschnitt: Finanzen

Artikel 10 Verteilung der Kosten

Die Kosten der Tätigkeit der im 2. Abschnitt genannten Organe sowie des Sekretariats werden von den der Vereinbarung beigetretenen Kantonen entsprechend ihrer Einwohnerzahl anteilmässig getragen.

5. Abschnitt: Streitbeilegung

Artikel 11 Streitbeilegungsverfahren

¹ Die Vereinbarungskantone verpflichten sich, Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten nach Möglichkeit gütlich zu regeln.

² Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Interkantonalen Rahmenvereinbarung (IRV)³ über die Streitbeilegung.

6. Abschnitt: Rechtspflege und Schlussbestimmungen

Artikel 12 Beschwerde und Verfahrensrecht

¹ Gegen Beschlüsse betreffend die Festsetzung der gemeinsamen Spitalliste nach Art. 3 Abs. 3 und 4 kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde nach Art. 53 KVG⁴ geführt werden.

² Auf diese Beschlüsse finden sinngemäss die bundesrechtlichen Vorschriften über das Verwaltungsverfahren⁵ Anwendung.

Artikel 13 Beitritt und Austritt

¹ Der Beitritt zur Vereinbarung wird mit der Mitteilung an die GDK wirksam.

² Jeder Vereinbarungskanton kann durch Erklärung gegenüber der GDK austreten. Der Austritt wird mit dem Ende des auf die Erklärung folgenden Kalenderjahres wirksam.

³ Die Austrittserklärung kann frühestens auf das Ende des 5. Jahres seit Inkrafttreten der Vereinbarung und fünf Jahre nach erfolgtem Beitritt abgegeben werden.

Artikel 14 Berichterstattung

Das Präsidium des Beschlussorgans stattet den Vereinbarungskantonen jährlich über den Stand der Umsetzung dieser Vereinbarung Bericht.

Artikel 15 Inkrafttreten

Die GDK setzt die Vereinbarung in Kraft, wenn ihr 17 Kantone einschliesslich der Kantone mit Universitätsspital (Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt und Genf) beigetreten sind. Für spä-

³ Rahmenvereinbarung für die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich vom 24.6.2005, Abschnitt IV, SG 670.100.

⁴ Sofern der Beschluss v. 21.12.2007 bei Inkraftsetzung der IVHSM in Kraft getreten ist, sonst gilt bis dahin Art.

³⁴ Verwaltungsverfahrensgesetz (VGG) SR 173.32

⁵ Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVG) vom 20.12.1968, SR 172.021

ter beigetretene Kantone tritt die Vereinbarung mit der Mitteilung gemäss Art. 13 Abs. 1 in Kraft.

Artikel 16 Geltungsdauer und Ausserkrafttreten

¹ Die Vereinbarung gilt unbefristet.

² Sie tritt ausser Kraft, wenn die Zahl der Mitglieder unter 17 fällt oder wenn einer der Kantone mit Universitätsspital (Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt oder Genf) austritt.

Artikel 17 Änderung der Vereinbarung

Stellen die Vereinbarungskantone fest, dass eine Anpassung der Vereinbarung erforderlich ist, nehmen sie entsprechende Verhandlungen auf. Auf Antrag von drei Vereinbarungskantonen leitet die GDK die Anpassung der Vereinbarung ein. Die Anpassung tritt in Kraft, wenn ihr sämtliche Vereinbarungskantone beigetreten sind.

Bern, 14. März 2008

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren

Der Präsident
Pierre-Yves Maillard
Staatsrat

Der Zentralsekretär
Franz Wyss

9. Beilage II: Beispiele von Disziplinen mit hochspezialisierten medizinischen Leistungen

Die hier dargestellten Beispiele von Disziplinen, die hochspezialisierte medizinische Leistungen enthalten können, dienen ausschliesslich der Illustration dessen, was in der früheren Vereinbarung (IVKKM) Gegenstand der Auflistung hochspezialisierter Medizin war, ergänzt mit den Vorschlägen der Experten aus den Gutachten, die die Kantone Zürich und Bern/Basel-Stadt haben erarbeiten lassen. Diese Experten schlagen Ergänzungen und Streichungen vor. Bei den aufgeführten Leistungsbereichen ist nicht der gesamte Bereich als ausschliesslich hochspezialisiert anzusehen (z.B. Neuroradiologie, Gefässchirurgie), sondern sie enthalten einzelne hochspezialisierte Leistungen, deren Abgrenzung durch das Fachorgan vorgenommen werden soll.

Es obliegt ausschliesslich dem diese Vereinbarung vollziehenden Beschlussorgan (einschliesslich des Fachorgans), eine Liste mit den hochspezialisierten Leistungen zu erstellen und periodisch zu aktualisieren. Hingegen soll die unten stehende Zusammenstellung anhand einiger Beispiele veranschaulichen, welche einzelnen Leistungen oder welche Leistungsbereiche möglicherweise in Zukunft konzentriert werden könnten. Dabei würde das Fachorgan von den angegebenen grossen Gebieten diejenigen Bereiche und Leistungen herausfiltern, die den in der Vereinbarung vorgegebenen Kriterien zur Konzentration entsprechen.

Das Gebiet der hochspezialisierten Medizin ist ein sehr dynamisches Gebiet. Neue medizintechnische Entwicklungen eröffnen neue Möglichkeiten in Therapie oder Diagnostik. Umgekehrt werden aber auch wegen Vereinfachung einer Behandlungsmethode oder durch das Entstehen neuer Verfahren Leistungen oder genau definierte Leistungsbereiche aus der Liste wieder entfernt werden können.

Dem Fachorgan wird es obliegen, wissenschaftliche Evidenz und beste Praxis laufend zu verfolgen, damit die Liste dem Entwicklungsstand in der Medizin gerecht wird. Das Beschlussorgan wird diese Liste periodisch beschliessen.

Folglich ist die beispielhafte Aufstellung nicht integraler Bestandteil der Vereinbarung, sondern ergänzt den Bericht mit (unvollständigen) Beispielen von Leistungen oder Leistungsbereichen, die Anlass für eine Zuordnung zur HSM geben könnten:

- Einzelne spezialisierte Leistungen aus der Neurochirurgie
- Interventionelle Neuroradiologie
- Einzelne spezialisierte Leistungen aus der Herzchirurgie am Erwachsenen
- Einzelne spezialisierte Leistungen aus der Gefässchirurgie
- Kinderherzchirurgie und -kardiologie
- Intensivmedizin bei Kindern
- Melanome unter anderem Tumore in der Ophthalmologie
- Einzelne spezialisierte Leistungen aus der Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Hämatopoïetische Stammzellen-Transplantation: allogene
- Herztransplantation
- Lungentransplantation
- Lebertransplantation
- Pankreastransplantation

- Dünndarmtransplantation
- Nierentransplantation
- Positronen-Emissions-Tomographie
- Protonen-Strahlentherapie
- Verbrennungen (schwere Fälle, z.B. grösser als 20% der Oberfläche oder intensivpflichtig)
- Molekulare Genetik
- Geschlechtsumwandlung

10. Beilage III: Agenda zur Organisation des Bereichs hochspezialisierte Medizin der Schweiz



STAND Januar 2008: Kalender zur Organisation des Bereichs hochspezialisierte Medizin in der Schweiz 2007 - 2009

	2007				2008				2009
	I-III	IV-VI	VII-IX	X-XII	I-III	IV-VI	VII-IX	X-XII	I-III
KVG									KVG rev in Kraft
Organisation der HSM-Projektsteuerung							Planung der HSM		Umsetzung der P
	Konkordat/ Regelwerk erarbeiten								
	Konkordat in Vernehmlassung								
	Synthese der Kommentare								
	Annahme des Konkordats				14. März 2008				
	Ratifizierung in den Kantonen								
	Planung definieren								erarbeiten, vorbereiten, verfolgen, koordinieren
Monitoring der Datengrundlage zur Planung			Übersicht über bestehende Daten schaffen						
						Defizite definieren, neue Angaben präzisieren, Indikatoren bestimmen			
Definition der Disziplinen									Liste aktualisieren

Kalender zur Organisation des Bereichs hochspezialisierte Medizin in der Schweiz 2010 - 2012

	2010				2011				2012
	I-III	IV-VI	VII-IX	X-XII	I-III	IV-VI	VII-IX	X-XII	I-III
KVG									
Organisation der Projektsteuerung		Umsetzung der Planung				Umsetzung der Planung			
		erarbeiten, vorbereiten, ernennen, erkennen, planen, umsetzen, verfolgen, koordinieren, konzentrieren, korrigieren							
Datengrundlage zur Planung									
	Übersicht über bestehende Daten schaffen, regelmässig berichten								
	Defizite definieren, neue Angaben präzisieren, Indikatoren bestimmen								
				Analyse zur Planungsgrundlage				laufend verfügbar	
Definition der Disziplinen			Anträge erarbeiten				Anträge erarbeiten		

11. Beilage IV: Rahmenvereinbarung vom 24. Juni 2005 für die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich (Rahmenvereinbarung, IRV; BSG 632.1)

I. Allgemeine Bestimmungen

1. Grundsätze

Art. 1 Zweck und Geltungsbereich

- 1 Die Rahmenvereinbarung regelt Grundsätze und Verfahren der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich.
- 2 Sie bildet die Grundlage für interkantonale Zusammenarbeitsverträge in den Bereichen gemäss Artikel 48a der Bundesverfassung.
- 3 Kantone können interkantonale Zusammenarbeitsverträge in anderen Aufgabenbereichen der Rahmenvereinbarung unterstellen.

Art. 2 Ziele der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich

- 1 Mit der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich wird eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Aufgabenerfüllung angestrebt.
- 2 Sie ist so auszugestalten, dass die Nutzniesser auch Kosten- und Entscheidungsträger sind.
- 3 Die Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) veröffentlicht alle vier Jahre einen Rechenschaftsbericht über den Stand der Anwendung der Grundsätze der interkantonalen Zusammenarbeit.

Art. 3 Innerkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich

Die Kantone verpflichten sich, die Grundsätze der Subsidiarität und der fiskalischen Äquivalenz sinngemäss auch im innerkantonalen Verhältnis zu beachten.

Art. 4 Stellung der kantonalen Parlamente

- 1 Die Kantonsregierungen sind verpflichtet, die kantonalen Parlamente rechtzeitig und umfassend über bestehende oder beabsichtigte Vereinbarungen im Bereich der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich zu informieren.
- 2 Im Übrigen regelt das kantonale Recht die Mitwirkungsrechte der Parlamente.

2. Zuständigkeiten und Kompetenzen

Art. 5 Konferenz der Kantonsregierungen (KdK)

1 Beitrittserklärungen, Austrittserklärungen und Änderungsgesuche zur Rahmenvereinbarung sind bei der KdK zu hinterlegen.

2 Die KdK stellt das Inkrafttreten und das Ausserkrafttreten der Rahmenvereinbarung fest und führt ein allfälliges Änderungsverfahren durch.

3 Sie wählt die Mitglieder der Interkantonalen Vertragskommission (IVK) und genehmigt deren Geschäftsordnung.

Art. 6 Präsidium der KdK

Die Präsidentin oder der Präsident der KdK ist zuständig für das Informelle Vorverfahren im Rahmen des Streitbeilegungsverfahrens.

Art. 7 Interkantonale Vertragskommission (IVK)

1 Die IVK ist zuständig für das förmliche Vermittlungsverfahren im Rahmen des Streitbeilegungsverfahrens.

2 Sie besteht aus sechs Mitgliedern, welche von der KdK auf eine Amtszeit von vier Jahren gewählt werden. Bei der Wahl ist auf eine angemessene Vertretung der Sprachregionen Rücksicht zu nehmen.

3 Sie gibt sich eine Geschäftsordnung.

4 Die KdK trägt die Bereitstellungskosten der IVK. Alle weiteren Kosten sind gemäss Art. 34 Abs. 5 von den Parteien zu tragen.

3. Begriffe

Art. 8

1 Leistungserbringer ist ein Kanton oder eine gemeinsame Trägerschaft, in deren Zuständigkeitsbereich die Leistungserstellung fällt.

2 Leistungskäufer ist der die Leistungen abgeltende Kanton.

3 Leistungsersteller ist, wer eine Leistung herstellt.

4 Leistungsbezüger ist, wer eine Leistung in Anspruch nimmt.

5 Nachfragende im Sinne von Art. 13 und 23 sind potentielle Leistungsbezüger.

II. Formen der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich

Art. 9

Die Rahmenvereinbarung regelt folgende Formen der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich:

- a die gemeinsame Trägerschaft;
- b den Leistungskauf.

1. Gemeinsame Trägerschaft

Art. 10 Definitionen

1 Als gemeinsame Trägerschaft wird eine Organisation oder Einrichtung von zwei oder mehreren Kantonen bezeichnet, die zum Zwecke hat, bestimmte Leistungen im Rahmen der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich gemeinsam zu erbringen.

2 Die an einer gemeinsamen Trägerschaft beteiligten Kantone werden als Trägerkantone bezeichnet.

Art. 11 Anwendbares Recht

1 Es gilt das Recht am Sitz der gemeinsamen Trägerschaft.

2 Vorbehalten bleiben abweichende Regelungen in den jeweiligen interkantonalen Verträgen.

Art. 12 Rechte der Trägerkantone

1 Die Trägerkantone haben in der Trägerschaft grundsätzlich paritätische Mitsprache- und Mitwirkungsrechte. Diese können ausnahmsweise nach der finanziellen Beteiligung gewichtet werden.

2 Die Mitsprache- und Mitwirkungsrechte sind umfassend und erstrecken sich auf alle Bereiche der Leistungserbringung.

Art. 13 Gleichberechtigter Zugang

Nachfragende aus den Trägerkantonen haben gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen.

Art. 14 Aufsicht

1 Die Trägerkantone stellen eine wirksame Aufsicht über die Führung und Verwaltung der gemeinsamen Trägerschaft sicher.

2 Sie übertragen die Aufsichtsfunktionen geeigneten Organen. Allen Trägerkantonen ist die Einsitznahme in die Organe zu ermöglichen.

Art. 15 Geschäftsprüfung

- 1 Bei gemeinsamen Trägerschaften werden interparlamentarische Geschäftsprüfungskommissionen eingesetzt.
- 2 Die Sitzzuteilung ist grundsätzlich paritätisch. In Ausnahmefällen kann sie sich nach dem Finanzierungsschlüssel richten, wobei jedem Kanton eine Mindestvertretung einzuräumen ist.
- 3 Die interparlamentarische Geschäftsprüfungskommission wird rechtzeitig und umfassend über die Arbeit der gemeinsamen Trägerschaft informiert.
- 4 Interparlamentarische Geschäftsprüfungskommissionen können den Trägerkantonen Änderungen des Vertrages beantragen. Sie haben im Rahmen der Erarbeitung eines Leistungsauftrages und Globalbudgets angemessene Mitwirkungsrechte.

Art. 16 Eintritt

- 1 Neue Trägerkantone bezahlen eine Einkaufssumme, welche dem aktuellen Wert der durch die bisherigen Trägerkantone getätigten Investitionen anteilmässig entspricht.
- 2 Die bisherigen Trägerkantone haben im Umfang der von ihnen getätigten Investitionen einen Anspruch auf die Einkaufssumme.
- 3 Das Eintrittsverfahren ist in den interkantonalen Verträgen zu regeln.

Art. 17 Austritt

- 1 Das Austrittsverfahren und die Austrittsbedingungen einschliesslich eines allfälligen Entschädigungsanspruchs austretender Trägerkantone sind in den interkantonalen Verträgen zu regeln.
- 2 Austretende Trägerkantone haften für Verbindlichkeiten, die während der Dauer ihrer Mitträgerschaft entstanden sind.

Art. 18 Auflösung

- 1 Ein allfälliger Auflösungs- und Liquidationserlös ist anteilmässig nach Massgabe der Beteiligung auf die Vertragsparteien zu verteilen.
- 2 Für allfällige zur Zeit der Auflösung bestehende Verpflichtungen haften die Trägerkantone solidarisch, soweit die interkantonalen Verträge nichts anderes vorsehen.

Art. 19 Haftung

- 1 Die Trägerkantone haften subsidiär und solidarisch für die Verbindlichkeiten gemeinsamer Trägerschaften.
- 2 Die Trägerkantone haften für Personen, die sie in interkantonale Organe abordnen.
- 3 Vorbehalten bleiben abweichende Regelungen in den jeweiligen interkantonalen Verträgen.

Art. 20 Information

Die Trägerkantone sind über die Tätigkeiten der gemeinsamen Trägerschaft rechtzeitig und umfassend zu informieren.

2. Leistungskauf

Art. 21 Formen des Leistungskaufs

Ein Leistungskauf kann mittels Ausgleichszahlungen, Tausch von Leistungen oder Mischformen von Zahlung und Tausch erfolgen.

Art. 22 Mitsprache der Leistungskäufer

Den Leistungskäufern wird in der Regel mindestens ein partielles Mitspracherecht gewährt.

Art. 23 Zugang zu den Leistungen

1 Nachfragende aus den Vertragskantonen haben grundsätzlich gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen.

2 Bei Zulassungsbeschränkungen werden Nachfragende aus Vertragskantonen jenen aus Nichtvertragskantonen vorgezogen.

3 Bei Zulassungsbeschränkungen werden Nachfragende aus Trägerkantonen jenen aus Kantonen, welche Leistungskäufer sind, vorgezogen.

Art. 24 Informationsaustausch

Die Leistungskäufer sind vom Leistungserbringer periodisch über die erbrachten Leistungen zu informieren.

III. Lastenausgleich

1. Grundlagen für die Ermittlung der Abgeltungen

Art. 25 Kosten- und Leistungsrechnungen

1 Grundlage für die Ermittlung der Abgeltungen bilden transparente und nachvollziehbare Kosten- und Leistungsrechnungen.

2 Die an einem Vertrag beteiligten Kantone erarbeiten die Anforderungen an die Kosten- und Leistungsrechnungen.

Art. 26 Kosten- und Nutzenbilanz

1 Vor Aufnahme von Verhandlungen legen die Verhandlungspartner dar, von welchen Leistungen und Vorteilen sie profitieren und mit welchen Kosten und nachteiligen Wirkungen sie belastet werden. Die Leistungserbringer weisen die anfallenden Kosten nach.

2 Die Kantone sind verpflichtet, die nötigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

2. Grundsätze für die Abgeltungen

Art. 27 Abgeltung von Leistungsbezügen aus anderen Kantonen

1 Leistungen mit erheblichen Kosten, für die ausserkantonale Leistungsbezügerinnen und -bezüger nicht aufkommen, werden durch Ausgleichszahlungen der Kantone abgegolten.

2 Die Festlegung der Abgeltung und der sonstigen Vertragsinhalte ist grundsätzlich Sache der Vertragsparteien.

Art. 28 Kriterien für die Abgeltung

1 Ausgangslage für die Bestimmung der Abgeltung bilden die durchschnittlichen Vollkosten.

2 Die Abgeltung erfolgt ergebnisorientiert und richtet sich nach der effektiven Beanspruchung der Leistungen.

3 Weitere Kriterien bei der Festlegung der Abgeltung sind:

a eingeräumte oder beanspruchte Mitsprache- und Mitwirkungsrechte;

b der gewährte Zugang zum Leistungsangebot;

c erhebliche Standortvorteile und -nachteile im Zusammenhang mit der Leistungserbringung und dem Leistungsbezug;

d Transparenz des Kostennachweises;

e Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung.

Art. 29 Abgeltung des Leistungserstellers

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Abgeltung dem Leistungsersteller zukommen zu lassen, so weit dieser die Kosten für die Leistungserstellung trägt.

Art. 30 Gemeinden als Leistungsersteller

1 Sind die Leistungsersteller Gemeinden, ist diesen ein Anhörungs- und Mitspracherecht einzuräumen.

2 In einem interkantonalen Vertrag kann Gemeinden oder von ihnen getragenen Organisationen ein direkter Anspruch auf die Abgeltung eingeräumt werden.

IV. Streitbeilegung

Art. 31 Grundsatz

1 Die Kantone und interkantonale Organe bemühen sich, Streitigkeiten aus bestehenden oder beabsichtigten interkantonalen Verträgen durch Verhandlung oder Vermittlung beizulegen.

2 Sie verpflichten sich, bei allen Streitigkeiten im Zusammenhang mit der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich vor Erhebung einer Klage gemäss Artikel 120 Absatz

1 Buchstabe b des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [SR 173.110; AS 2006 1205 (BBI 2005 4045)] am nachstehend beschriebenen Streitbeilegungsverfahren teilzunehmen.

3 Das Streitbeilegungsverfahren kann auch von Nichtvereinbarungskantonen sowie von interkantonalen Organen, die nicht auf der IRV basieren, angerufen werden.

Art. 32 Streitbeilegungsverfahren

1 Das Streitbeilegungsverfahren ist zweistufig. Es besteht aus einem informellen Vorverfahren vor dem Präsidium der KdK und einem förmlichen Vermittlungsverfahren vor der IVK.

2 Jeder Kanton und jedes interkantonale Organ kann zu diesem Zweck beim Präsidium der KdK mit schriftlichem Vermittlungsgesuch das Streitbeilegungsverfahren einleiten.

Art. 33 Informelles Vorverfahren

1 Nach Eingang des Vermittlungsgesuchs lädt die Präsidentin oder der Präsident der KdK oder eine andere von ihr oder ihm bezeichnete Persönlichkeit als Vermittler die Vertretungen der beteiligten Parteien zu einer Aussprache ein.

2 Im Einvernehmen mit den Beteiligten kann eine auf dem Gebiet der Mediation besonders befähigte Person beigezogen werden.

3 Führt das informelle Vorverfahren nicht innert sechs Monaten ab Eingang des Vermittlungsgesuchs zu einer Einigung, so leitet der Vermittler das förmliche Vermittlungsverfahren vor der IVK ein.

Art. 34 Förmliches Vermittlungsverfahren

1 Die IVK gibt den Parteien die Eröffnung des förmlichen Vermittlungsverfahrens bekannt.

2 Die Mitglieder der IVK bezeichnen eine Persönlichkeit als Vorsitzende oder Vorsitzenden für das hängige Vermittlungsverfahren. Können sie sich nicht innert Monatsfrist auf einen gemeinsamen Vorschlag einigen oder wird die bezeichnete Person von einer Partei abgelehnt, wird die Präsidentin oder der Präsident des Bundesgerichts darum ersucht, eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden für das Vermittlungsverfahren zu bezeichnen.

3 Die Eröffnung des Vermittlungsverfahrens ist unter Angabe des Streitgegenstandes der Bundeskanzlei anzuzeigen. Werden durch die Streitigkeit Interessen des Bundes berührt, so kann der Bundesrat eine Person bezeichnen, die als Beobachterin des Bundes am Vermittlungsverfahren teilnimmt.

4 Die Parteien sind befugt, ihre abweichenden Standpunkte zuhanden der IVK schriftlich festzuhalten und zu dokumentieren, und sie erhalten Gelegenheit, sich mündlich vor der IVK zu äussern. Über die Verhandlung ist ein Protokoll zu führen.

5 Das Ergebnis wird von der IVK zuhanden der Beteiligten in einer Urkunde festgehalten. Darin ist auch die Verteilung der Verfahrenskosten auf die Parteien zu regeln.

6 Die Parteien verpflichten sich, eine allfällige Klage beim Schweizerischen Bundesgericht innert sechs Monaten nach förmlicher Eröffnung eines allfälligen Scheiterns des Vermittlungsverfahrens zu erheben.

7 Sie verpflichten sich, die Unterlagen des Streitbeilegungsverfahrens zu den Gerichtsakten zu geben.

V. Schlussbestimmungen

Art. 35 Beitritt und Austritt

- 1 Der Beitritt zur Rahmenvereinbarung wird mit der Mitteilung an die KdK wirksam.
- 2 Jeder Kanton kann durch Erklärung gegenüber der KdK austreten. Der Austritt wird mit dem Ende des auf die Erklärung folgenden Kalenderjahres wirksam.
- 3 Die Austrittserklärung kann frühestens auf das Ende des 5. Jahres seit Inkrafttreten und fünf Jahre nach erfolgtem Beitritt abgegeben werden.

Art. 36 Inkrafttreten

Die Rahmenvereinbarung tritt in Kraft, wenn ihr 18 Kantone beigetreten sind.

Art. 37 Geltungsdauer und Ausserkrafttreten

- 1 Die Rahmenvereinbarung gilt unbefristet.
- 2 Sie tritt ausser Kraft, wenn die Zahl der Mitglieder unter 18 fällt.

Art. 38 Änderung der Rahmenvereinbarung

Auf Antrag von drei Kantonen leitet die KdK die Änderung der Rahmenvereinbarung ein. Sie tritt unter den Voraussetzungen von Artikel 36 in Kraft.

Von der Konferenz der Kantonsregierungen zuhanden der Ratifikation in den Kantonen verabschiedet:

Bern, 24. Juni 2005

Präsident: Pedrazzini

Sekretär: Braun