

Ratschlag

zu einer

Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination
und Konzentration der Hochspezialisierten Medizin
(IVKKM)

vom 12./19. April 2005 / 050528 / SD

Den Mitgliedern des Grossen Rates des Kantons Basel-Stadt zugestellt am
22. April 2005

Inhaltsverzeichnis

I Zusammenfassung

II Die Bedeutung der IVKKM für den Kanton Basel-Stadt

III Erläuterungen zur IVKKM

3.1. Ausgangslage

3.1.1. Grundlagen

3.1.2. Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“

3.2. Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung (NFA) und das Projekt KKHM

3.2.1. Grundlagen der NFA

3.2.2. Rechtliche Vorgaben der NFA

3.2.3. Realisierung der IVKKM innerhalb der NFA

3.3. Grundzüge der Vereinbarung

3.3.1. Generell

3.3.2. Kriterienkatalog

3.3.3. Liste der hochspezialisierten medizinischen Leistungen

3.3.4. Interkantonale Kommission „Konzentration der hochspezialisierten Medizin“ (CICOMS)

3.3.5. Inkrafttreten

3.3.6. Zeitplan und Entscheidungsprozedere

3.3.7. Planungsgrundsätze

3.3.8. Finanzierung

3.4. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen der IVKKM

IV Auswirkungen der Interkantonalen Vereinbarung auf den Kanton Basel-Stadt

4.1. Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Kanton und dem Bund

4.2. Finanzielle und personelle Auswirkungen

4.3. Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Universitätsstandort Basel

4.4. Auswirkungen auf die Regionale Spitalplanung

V Delegation von Rechtsetzungskompetenzen

VI Antrag

I Zusammenfassung

Die hochspezialisierte Medizin soll in Zukunft auf der Ebene der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) als interkantonalem Organ geplant und koordiniert werden. Zu diesem Zweck treten die Kantone der Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) bei. Sie treten dabei 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 Basel an der Kooperation und Konzentration der Aufgaben unter den Universitäts- und Kantonsspitalern gewährleistet. Der Beitritt des Kantons Basel-Stadt zur IVKKM erfolgt durch Genehmigungsbeschluss des Grossen Rates. Der Genehmigungsbeschluss unterliegt dem fakultativen Referendum.

II Die Bedeutung der IVKKM für den Kanton Basel-Stadt

Der Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) schafft die politischen und rechtlichen Voraussetzungen, damit in ausgewählten Bereichen der hochspezialisierten Medizin eine gesamtschweizerische Planung und Aufgabenteilung unter der Verantwortlichkeit der Plenarversammlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) realisiert werden kann. Der Kanton Basel-Stadt verzichtet damit zwar in einem kleinen, kostenintensiven Bereich der Spitalversorgung auf seine Planungshoheit, erhält demgegenüber jedoch ein angemessenes Mitspracherecht bei der interkantonalen Planung der Spitzenmedizin. Gerechtfertigt ist dieser Verzicht aber insofern, als hier lediglich die Spitze und nicht etwa die gesamte hochspezialisierte Medizin betroffen ist, zu deren Erbringung hochqualifiziertes Personal und eine teure Infrastruktur benötigt wird. Aus Gründen der Qualität, aber auch im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit ist eine gesamtschweizerische Planung und damit die Bildung von Schwerpunkten dringend geboten, da in diesen Bereichen der Spitzenmedizin nur wenige Fälle jährlich behandelt werden müssen. Schliesslich hat die interkantonale Planung auch die Kohärenz mit den Schwerpunkten der universitären Forschung und Lehre zu gewährleisten.

Die IVKKM enthält keine abschliessende Definition des Begriffs „hochspezialisierte Medizin“. Sie regelt aber das Verfahren, wie die gemeinsam zu planenden Bereiche bestimmt werden. Wie weiter unten ausführlich dargelegt wird, trifft die GDK alle Entscheidungen bezüglich der IVKKM. Damit verbleibt die Planungshoheit bei den Kantonen. Die IVKKM legt einerseits mindestens alle 2 Jahre die Liste der hochspezialisierten medizinischen Behandlungen, Bereiche und Einrichtungen fest, die einen interkantonalen Koordinations- bzw. Planungsbedarf aufweisen. Andererseits verabschiedet sie die definitiven Planungen für die auf dieser Liste aufgeführten Bereiche. Aus diesen Gründen ist es nicht möglich, abschliessend darzulegen, für welche hochspezialisierten Leistungen eine gemeinsame Planung und eine Aufgabenteilung erstellt wird und welche in Zukunft im Universitätsspital Basel bzw. in anderen Spitälern der Schweiz angeboten werden sollen. Die IVKKM ermöglicht jedoch, den Entwicklungen angemessen Rechnung tragen zu können.

Der Anteil der gemäss IVKKM als Spitzenmedizin bezeichneten und interkantonale zu planenden hochspezialisierten Medizin umfasst nur einen kleinen Prozentsatz aller hochspezialisierten Spitalleistungen im Kanton Basel-Stadt. Insgesamt ruft die IVKKM damit kaum grosse Veränderungen der Spitalversorgung des Kantons Basel-Stadt hervor. Hingegen sind durch die angestrebte Bildung von nationalen Kompetenzzentren mit hochqualifizierten Teams Auswirkungen auf die Zukunft des Universitätsstandorts Basel wahrscheinlich. Das Universitätsspital Basel wird nämlich in Zukunft in diesen Bereichen der Spitzenmedizin nicht als Konkurrent im „Gesundheitsmarkt Schweiz“ auftreten, sondern sich gemeinsam mit anderen Universitäts- und Kantonsspitalern an der Aufgabenteilung in diesen Bereichen

beteiligen. Im Gegenzug wird das Universitätsspital von den übrigen Kantonen der Schweiz als Erbringer der ihm von der gemeinsamen Planung zugewiesenen hochspezialisierten Leistungen anerkannt. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass die Versorgung der Basler Bevölkerung mit hochspezialisierten Leistungen auch in Zukunft wirtschaftlich und qualitativ hochstehend (wenn auch nicht ausschliesslich im Universitätsspital in Basel) erbracht werden kann. Eine verbindliche Vereinbarung über die Planung einzelner Bereiche der Spitzenmedizin bietet zudem Gewähr dafür, dass künftig der Standortwettbewerb unter den Kantonen im Bereich der hochspezialisierten Medizin weniger intensiv ist.

III Erläuterungen zur IVKKM

3.1. Ausgangslage

3.1.1. Grundlagen

Im Bereich der Medizin und insbesondere der hochspezialisierten Medizin ist seit Jahren ein beispielloser Fortschritt zu verzeichnen. In rasantem Tempo werden neue diagnostische und therapeutische Verfahren entwickelt und in der Klinik zur Anwendung gebracht. Gleichzeitig beginnt sich in den letzten Jahren zunehmend die Erkenntnis durchzusetzen, dass aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen sowohl in der Forschung als auch in der Patientenversorgung eine zweckmässige Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin anzustreben ist.

Dementsprechend bilden die interkantonale Planung und Aufgabenteilung im Bereich der hochspezialisierten Medizin seit mehreren Jahren Gegenstand zahlreicher Diskussionen und Überlegungen auf verschiedenen Ebenen. Erinnert sei an dieser Stelle an eine von den fünf Vorsteherinnen und Vorstehern der Gesundheitsdepartemente bzw. -direktionen der Universitätskantone (BS, BE, GE, VD, ZH) bereits Anfang 1992 eingesetzte Arbeitsgruppe, an die seit 1999 laufenden Koordinationsbestrebungen im Rahmen der sogenannten „Groupe des 15“ (Arbeitsgruppe der Rektoren, der Dekane der Medizinischen Fakultäten und der Direktorinnen und Direktoren der Universitätsspitäler der fünf Kantone mit Universitätsspitalen) und an die Bemühungen der Kantone Genf und Waadt im Rahmen des „Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale (RHUSO)“.

Auf Bundesebene ist die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin in den letzten Jahren zunehmend zum Thema geworden. Im Parlament sind mehrere politische Vorstösse in Richtung Erstellung einer eidgenössischen Spitalplanung für die hochspezialisierte Medizin eingereicht worden und im Bereich der Hochschulpolitik werden Instrumente eingeführt, welche die Zusammenlegung von Studiengängen und die Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zum Ziel haben. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls auf die Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vorlage 2A, Teil Spitalfinanzierung) hinzuweisen, welche in Artikel 39 Absatz 3 vorsieht, dass die Kantone verpflichtet werden, im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame Planung zu beschliessen und dass der Bundesrat diese Planung erlässt, falls die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen.

3.1.2. Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“

Da die erwähnten Diskussionen und Überlegungen zunächst keine konkreten Auswirkungen auf die Situation im Bereich der hochspezialisierten Medizin zur Folge hatten, beschloss der Vorstand der Sanitätsdirektorenkonferenz SDK (seit 2004 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK) im Jahr 1999, eine Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ einzusetzen. Deren Auftrag war es, sich der Problematik der Erbringung hochspezialisierter medizinischer Leistungen in der Schweiz anzunehmen. Der Arbeitsgruppe wurde die Aufgabe übertragen, einen Entwurf zu einem Interkantonalen Konkordat über die Planung und Aufgabenteilung in der hochspezialisierten Medizin zu erarbeiten und einen Kriterienkatalog zu erstellen, der bei der Festlegung der Liste der Koordinationsgebiete durch die GDK als Entscheidungshilfe beigezogen werden kann. Schliess-

lich sollte die Arbeitsgruppe Vorgaben entwickeln und Empfehlungen formulieren für die Planungsarbeiten der Kantone in den Koordinationsgebieten einerseits und für die Festsetzung der Kapazitäten durch die GDK andererseits.

Die Arbeitsgruppe liess sich bei ihren Arbeiten vom Grundsatz leiten, dass die anzustrebenden Konzentrationsmassnahmen eine Erhöhung des Nutzens für die Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig optimalerem Mitteleinsatz in der Gesundheitsversorgung zur Folge haben sollen. Sie hat aus verschiedenen Gründen darauf verzichtet, eine Definition des Begriffs „Spitzenmedizin“ zu erarbeiten. Vielmehr hat sie sich mit der Ausarbeitung eines Kriterienkatalogs für einen pragmatischen Ansatz entschieden. Die Kriterien sollten Anhaltspunkte darüber liefern, ob bei einer hochspezialisierten medizinischen Leistung ein Koordinations- oder Konzentrationsbedarf gegeben ist oder nicht.

Anfang 2002 beauftragte der Vorstand der GDK die Arbeitsgruppe zusätzlich, die ursprünglich für eine spätere Phase des Projekts vorgesehenen Arbeiten rund um die Bestimmung von ersten medizinischen Bereichen mit potenziellem Koordinations- und Konzentrationsbedarf voranzutreiben und die Ergebnisse in den Schlussbericht zu integrieren. Die Arbeitsgruppe führte in der Folge intensive Abklärungen durch, die pro untersuchten Bereich in so genannten „Fact-Sheets“ resultierten. Zweck dieser Dokumente war es, im Hinblick auf die Triage der näher zu prüfenden Fachbereiche durch den Vorstand der GDK einen groben Überblick über allfällig vorhandene Koordinations- und Konzentrationspotenziale zu liefern.

Die Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ unterbreitete dem GDK-Vorstand im Mai 2003 ihren Schlussbericht. Wichtigste Elemente der von der Arbeitsgruppe vorgesehenen Koordination und Konzentration hochspezialisierter medizinischer Leistungen sind der als Basis für die zu erstellende Liste der hochspezialiserten medizinischen Leistungen mit Koordinations- oder Konzentrationsbedarf dienende Kriterienkatalog, die Interkantonale Kommission „Konzentration der hochspezialiserten Medizin“ (CICOMS) und deren Zuständigkeiten sowie die Grundsätze einer gesamtschweizerischen Planung im Bereich „Hochspezialisierte Medizin“. Professor Peter Hänni von der Universität Freiburg i.Ue. legte den Entwurf zu einer Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialiserten Medizin (IVKKM) vor.

Zudem fasste die Arbeitsgruppe in einer Liste die folgende Reihe hochspezialisierter medizinischer Behandlungen, Bereiche und Einrichtungen zusammen, die gemäss den Nachforschungen der Gruppe einen potenziellen Koordinations- und Konzentrationsbedarf aufweisen und von der CICOMS vertieften Analysen unterzogen werden sollen:

- a Interventionelle Neuroradiologie,
- b Hämatopoïetische Stammzellen-Transplantation
- c Kinderherzchirurgie und interventionelle pädiatrische Kardiologie,
- d Teile der Ophthalmologie,
- e Hypophysenchirurgie,
- f Schwerstverbrennungen,
- g Organtransplantationen (Leichen- und Lebend-Spenden),
- h Positronen-Emissions-Tomographie (PET),
- i Protonen-Strahlentherapie.

Der Vorstand der GDK nahm den Schlussbericht an seiner Sitzung vom 22. Mai 2003 zur Kenntnis, stimmte den Vorschlägen der Arbeitsgruppe in ihren Grundzügen zu, erteilte der Arbeitsgruppe die Décharge und beauftragte das Zentralsekretariat der GDK, den Schlussbericht bei den Kantonen und weiteren interessierten Kreisen in die Vernehmlassung zu geben.

Die Vernehmlassung zum Projekt „Koordination und Konzentration der hochspezialiserten Medizin (KKHM)“ fand im Sommer 2003 bei den Kantonen und weiteren interessierten Kreisen statt. Insgesamt benützten 63 Organisationen und Einzelpersonen die Gelegenheit, zum Projekt KKHM Stellung zu beziehen. Allgemein wurde anerkannt, dass der Schlussbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ eine sehr gute und fundierte Grundlage für die wei-

teren Arbeiten darstelle. Die Grundsätze des Projektes wurden von praktisch allen Vernehmlassungsteilnehmern unterstützt.

Der Vorstand der GDK nahm die Resultate der Vernehmlassung anlässlich seiner Sitzung vom 30. Oktober 2003 zur Kenntnis. Auf Grund der Rückmeldungen der Vernehmlassung wurden eine Reihe von Revisionsarbeiten an die Hand genommen, insbesondere die Überarbeitung der Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Koordination der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) und des Geschäftsreglements der Interkantonalen Kommission „Konzentration der hochspezialisierten Medizin“ (CICOMS). Die Plenarversammlung der GDK erteilte dem Vorstand im Herbst 2003 die Kompetenz, die CICOMS einzusetzen, damit die nötigen Arbeiten auf fachlicher Ebene ohne Verzug vorangetrieben werden können. Im Juli 2004 konnte die CICOMS formell eingesetzt werden.

3.2. Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung (NFA) und das Projekt KKH

3.2.1. Grundlagen der NFA

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 interkantonomer Ebene organisiert werden sollte. So sieht die NFA vor, dass auf schweizerischer Ebene Regeln für die Planung und Zuordnung der Versorgungskapazitäten für die hochspezialisierte medizinische Versorgung festgelegt werden, indem der Bereich Spitzenmedizin der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich unterstellt wird. Dieses neu durch den NFA eingeführte Instrument soll die Zusammenarbeit unter den Kantonen stärken und garantieren, dass diejenigen, welche von der Leistung eines anderen Kantons profitieren, dafür auch bezahlen. Im Gegenzug erhalten sie ein angemessenes Mitspracherecht.

3.2.2. Rechtliche Vorgaben der NFA

Die rechtliche Verankerung dieser interkantonalen Zusammenarbeit soll gemäss NFA vorwiegend im Rahmen bereichsspezifischer interkantonomer Vereinbarungen erfolgen, welche die relevante Bundesgesetzgebung, im vorliegenden Fall insbesondere im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung, ergänzen. Konkret wird auf Verfassungsebene vorgeschlagen, einen minimalen Rahmen für das Funktionieren der interkantonalen Zusammenarbeit einzuführen.

Mit den neuen Absätzen 4 und 5 in Artikel 48 der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV) werden die Delegation von Rechtsetzungskompetenzen an Vertragsorgane klar geregelt und das Verhältnis zwischen interkantonalem Vertragsrecht und kantonalem Recht festgehalten:

⁴ Die Kantone können interkantonale Organe durch interkantonomer Vertrag zum Erlass rechtsetzender Bestimmungen ermächtigen, die einen interkantonomer Vertrag umsetzen, sofern der Vertrag:

- a. nach den gleichen Verfahren, das für die Gesetzgebung gilt, genehmigt worden ist;
- b. die inhaltlichen Grundzüge der Bestimmungen festlegt.

⁵ Die Kantone beachten das interkantonale Recht.

Im neuen Artikel 48a BV wird die Grundlage geschaffen, dass die interkantonale Zusammenarbeit in neuen Bereichen (u. A. Spitzenmedizin und Spezialkliniken) obligatorisch erklärt werden kann:

¹ Auf Antrag interessierter Kantone kann der Bund in folgenden Aufgabenbereichen interkantonale Verträge allgemein verbindlich erklären oder Kantone zur Beteiligung an interkantonomer Verträgen verpflichten:

- i. Spitzenmedizin und Spezialkliniken; ...

² Die Allgemeinverbindlicherklärung erfolgt in der Form eines Bundesbeschlusses.

³ Das Gesetz legt die Voraussetzungen für die Allgemeinverbindlicherklärung und für die Beteiligungsverpflichtung fest und regelt das Verfahren.

Auf Gesetzesebene schreibt das im Rahmen der NFA revidierte Bundesgesetz über den Finanz- und Lastenausgleich minimale Vorschriften für die interkantonale Zusammenarbeit mit Lastenausgleich vom 3. Oktober 2003 (FiLaG) vor:

Mit der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich werden folgende Ziele angestrebt:

- a. Sicherstellung einer Mindestversorgung mit öffentlichen Leistungen;
- b. Wirtschaftliche Erfüllung kantonaler Aufgaben im Verbund mit anderen Kantonen;
- c. Gerechter Ausgleich kantonsübergreifender Leistungen bei angemessener Mitsprache und Mitwirkung der betroffenen Kantone.“

Im Weiteren führt das FiLaG die Unterscheidung zwischen der Interkantonalen Rahmenvereinbarung (IRV) und den verschiedenen interkantonalen Verträgen ein. Erstere soll als „Verfassung“ der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich dienen und für alle bereichsspezifischen interkantonalen Verträge gelten. Letztere sollen dann die Modalitäten der Zusammenarbeit im jeweiligen Aufgabenbereich festlegen.

3.2.3. Realisierung der IVKKM innerhalb der NFA

Ein Inkrafttreten der einschlägigen NFA-Bestimmungen ist frühestens per 1. Januar 2008 möglich, währenddem die IVKKM bis spätestens im Frühjahr 2006 rechtskräftig sein soll. Für die Kantone bindende Entscheide sind aber erst im Frühjahr 2008 von der GDK zu fällen. In einer Übergangsphase bis zum Inkrafttreten der NFA-Bestimmungen gilt es daher, ein pragmatisches Vorgehen einzuschlagen. Dies wird insofern unterstützt, als die Interkantonale Rahmenvereinbarung (IRV; siehe Anhang III) gleichzeitig mit der IVKKM von den Kantonen im Laufe des Jahres 2005 ratifiziert werden und in Kraft treten soll.

3.3. Grundzüge der Vereinbarung

3.3.1. Generell

Mit der vorliegenden Vereinbarung werden eine Planung und Aufteilung der hochspezialisierten Medizin auf schweizerischer Ebene angestrebt. Dabei werden auf Ebene der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) für die einzelnen Kantone bindende Entscheide über die Organisation der hochspezialisierten Medizin getroffen. Die Kantone geben folglich ihre Planungshoheit in gewissen Bereichen der stationären Gesundheitsversorgung zu Gunsten der Plenarversammlung der GDK ab. Im Gegenzug soll eine auf interkantonomer Ebene durchgeführte Planung der hochspezialisierten Medizin sowohl wirtschaftliche Effizienzpotenziale erschliessen wie auch eine qualitativ hochstehende Versorgung garantieren.

3.3.2. Kriterienkatalog

Im Vorfeld der Arbeiten rund um die IVKKM sind verschiedene Arbeitsgruppen daran gescheitert, eine abschliessende Definition der hochspezialisierten Medizin zu erarbeiten. Die vorliegende Regelung der hochspezialisierten Medizin enthält deshalb keine starre Definition, sondern Kriterien, welche Hinweise darüber liefern, ob bei einer medizinischen Leistung, einem Bereich oder einer Einrichtung ein Koordinations- oder Konzentrationsbedarf gegeben ist oder nicht. Folgende Kriterien sollen bei der Beurteilung berücksichtigt werden:

1. Qualität
2. Wirtschaftlichkeit
3. Wirksamkeit
4. Nutzen
5. Technologisch-ökonomische Lebensdauer
6. Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals und Teambildung
7. Relevanz des Bezugs zur Forschung und zur Lehre
8. Finanzierbarkeit

3.3.3. Liste der hochspezialisierten medizinischen Leistungen

Auf der Basis des Kriterienkatalogs wurden von der Arbeitsgruppe intensive Abklärungen hinsichtlich der Identifikation von Behandlungen und Gebieten mit Koordinations- beziehungsweise Konzentrationspotenzial getroffen. In einer ersten Phase wurden zusammen mit ausgewählten Personen Überlegungen über die Auswahl der von der Arbeitsgruppe zu verfolgenden Koordinations- und Konzentrationsbereiche angestellt. Alsdann erarbeitete die Arbeitsgruppe in einer zweiten Phase in Zusammenarbeit mit in diesen Bereichen tätigen Spezialisten die notwendigen Entscheidungsgrundlagen. Die daraus entstandene Liste zeigt an, welche untersuchten hochspezialisierten medizinischen Leistungen einen potenziellen Koordinations- oder Konzentrationsbedarf aufweisen und von der CICOMS vertieften Analysen unterzogen werden sollen. Die nach erfolgten Zusatzuntersuchungen seitens der CICOMS durch die GDK zu verabschiedende Liste wird in den Anhang der IVKKM aufgenommen. Um der Dynamik der hochspezialisierten Medizin Rechnung zu tragen, werden die konkreten Bereiche absichtlich nicht in die Vereinbarung integriert, sondern nur im Anhang aufgeführt. Diese Lösung gewährleistet eine Aufnahme weiterer Bereiche in den Anhang beziehungsweise eine Streichung von bereits aufgeführten Bereichen aus dem Anhang, ohne dass dazu die Vereinbarung verändert wird und neu von den Kantonen ratifiziert werden müsste.

3.3.4. Interkantonale Kommission „Konzentration der hochspezialisierten Medizin“ (CICOMS)

Der CICOMS kommt bei der vorgesehenen Regelung eine wichtige Rolle zu. Sie ist das operative Ausführungsorgan der IVKKM und agiert in dieser Funktion an den Schnittstellen zwischen Verwaltung, Politik und Wissenschaft. Aufgabe der CICOMS ist es, die Koordinations- und Konzentrationsprozesse in ausgewählten Bereichen der hochspezialisierten Medizin zu begleiten. Dabei formuliert sie zuhanden der GDK Empfehlungen über die einer gesamtschweizerischen Planung zu unterstellenden Tätigkeitsgebiete der hochspezialisierten Medizin. Weiter lädt sie die Kantone zur Ausarbeitung einer gesamtschweizerischen Planung von verschiedenen Bereichen der hochspezialisierten Medizin ein. Während des ganzen Prozesses ist sie zudem Ansprechpartnerin der betroffenen Parteien. Schliesslich überwacht sie die Umsetzung der gemeinsamen Planung in den verschiedenen Bereichen und kann der GDK eine Revision der Liste der hochspezialisierten Medizin mit Koordinations- oder Konzentrationsbedarf oder bestimmter Leistungsaufträge beantragen.

3.3.5. Inkrafttreten

Wie bereits in Ziffer 3.2 erwähnt, soll die IVKKM innerhalb der einschlägigen Bestimmungen der NFA-Vorlage umgesetzt werden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, damit die IVKKM über solide verfassungsrechtliche, bundesgesetzliche und interkantonale Grundlagen verfügt. Damit können zwei in Art. 48 und 48a BV neu vorgesehene Instrumente der interkantonalen Zusammenarbeit zur Anwendung kommen. Zum einen kann der Bund die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin zur vertraglichen Zusammenarbeit verpflichten (Beteiligungspflicht), zum anderen die daraus resultierenden interkantonalen Verträge allgemeinverbindlich erklären, wenn insgesamt 17 Kantone beigetreten sind (Allgemeinverbindlicherklärung). Für den Bereich der hochspezialisierten Medizin wird davon ausgegangen, dass der Bund von dieser Kompetenz Gebrauch machen wird, falls nicht alle Kantone freiwillig der IVKKM beitreten. Damit wird das rechtsetzende Organ der IVKKM identisch mit der Plenarversammlung der GDK. Die IVKKM einerseits und die NFA-Bestimmungen andererseits weisen unterschiedliche Inkraftsetzungszeitpunkte auf. In einer Übergangsphase sind deshalb die NFA-Bestimmungen für die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der hochspezialisierten Medizin noch nicht anwendbar.

3.3.6. Zeitplan und Entscheidungsprozedere

Grundsätzlich gilt es zu unterscheiden zwischen dem Zeitplan der Übergangsphase bis zum Inkrafttreten der IVKKM und dem Entscheidungsprozedere innerhalb der rechtsgültigen Vereinbarung.

3.3.6.1. Zeitplan Übergangsphase

Die Übergangsphase bis zum Inkrafttreten der IVKKM ist gekennzeichnet durch ein zweigleisiges Vorgehen: Abbildung 1 gibt einen Überblick über den zeitlichen Ablauf. Einerseits haben die Kantone vom Winter 2004/2005 bis Frühling 2006 Zeit, die IVKKM zu ratifizieren.

Parallel dazu treibt die CICOMS ihre Arbeiten rund um die Bestimmung der Liste der Koordinations- und Konzentrationsbereiche, welche in den Anhang der Vereinbarung Aufnahme findet, voran. Bis im Frühjahr 2006 wird sich herausstellen, ob die IVKKM das nötige Quorum von 17 Kantonen erreicht. Gleichzeitig wird die Plenarversammlung der GDK die Bereiche festsetzen, in denen eine Ausschreibung hinsichtlich einer gesamtschweizerischen Planung unter den Kantonen durchgeführt werden soll. Die Kantone haben sodann gut ein Jahr Zeit für die gemeinsame Erstellung der Planung. Danach ist es die CICOMS, welche die eingereichten Planungen sichtet, allfällige Änderungen und Korrekturen in Zusammenarbeit mit den betroffenen Kantonen vornimmt und schliesslich die Resultate dieser Planungen der Plenarversammlung der GDK zur Verabschiedung unterbreitet.

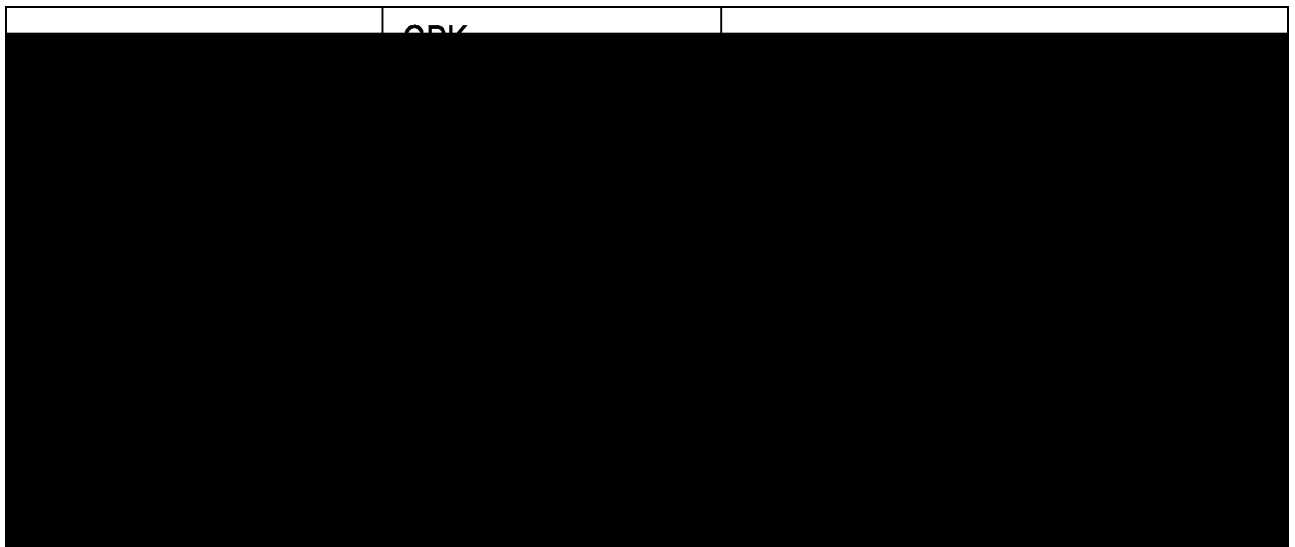
Abbildung 1: Zeitplan (Quelle GDK)

Tätigkeit	2005	2006	2007	2008
Ratifikationsprozess in den Kantonen.		Bis Ende Frühling 2006		
CICOMS führt weitere Analysen in verschiedenen Bereichen durch.		Bis Ende Frühling 2006		
Plenum GDK setzt Ende Frühjahr 2006 Bereiche fest, in denen eine Ausschreibung hinsichtlich einer gesamtschweizerischen Planung unter Kantonen durchgeführt werden soll.		Ende Frühling 2006		
IVKKM tritt in Kraft, sobald 17 Kantone beigetreten sind.		Ende Frühling 2006		
CICOMS führt in den festgelegten Bereichen unter den Kantonen eine Ausschreibung hinsichtlich einer gesamtschweizerischen Planung durch.		Ab Ende Frühling 2006	Bis Ende Sommer 2007	
Die betroffenen Kantone unterbreiten der CICOMS pro Bereich ihren Vorschlag oder ihre Vorschläge betreffend Planung und Zuordnung der Kapazitäten.			Ende Sommer 2007	
Sichtung der Vorschläge durch CICOMS.				Bis Ende Frühling 2008
Auf Antrag der CICOMS beschliesst das Plenum GDK Ende Frühjahr 2008 über eine erste Reihe von Tätigkeiten der Spitzenmedizin (was?), die zugelassenen Anbieter (wer?), die Standorte (wo?), die Kapazitäten mit Preisvorgaben (wie viel und zu welchem Preis ?) und die Übergangsfristen.				Ende Frühling 2008

3.3.6.2. Entscheidungsprozedere innerhalb der rechtsgültigen IVKKM

Die IVKKM bezeichnet die Plenarversammlung der GDK als rechtsetzendes interkantonales Organ im Bereich der Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin. Für den operativen Vollzug der Vereinbarung setzt die GDK die CICOMS ein. Diese überwacht die Umsetzung der gemeinsamen Planungen und überprüft mindestens alle zwei Jahre den Anhang der IVKKM. Die CICOMS erarbeitet zudem Anträge zuhanden der GDK über weitere, einer gesamtschweizerischen Planung zu unterstellenden Behandlungen, Bereiche oder Einrichtungen der hochspezialisierten Medizin. Dies kann sie auf eigene Initiative oder im Auftrag der GDK oder der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) tun. In der Abbildung 2 werden die Entscheidwege innerhalb der IVKKM dargestellt.

Abbildung 2



3.3.6.3. Miteinbezug von Lehre und Forschung

Ein paritätisch aus Mitgliedern der SUK und der GDK zusammengesetzter Gemeinsamer Ausschuss (GA) soll den Einbezug der für Wissenschaft und Forschung in der hochspezialisierten Medizin zuständigen Instanzen sicherstellen. Der GA soll in der Entscheidkette im Rahmen der Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin zwischen CICOMS und GDK eingefügt werden. Der Ausschuss behandelt insbesondere die von der CICOMS zuhanden der GDK formulierten Anträge und kann zuhanden der SUK und der GDK Mitberichte verfassen.

3.3.7. Planungsgrundsätze

Eine gesamtschweizerische Planung einzelner Behandlungen, Bereiche oder Einrichtungen der hochspezialisierten Medizin ist leistungsorientiert auszugestalten. Das heisst, Planungsgegenstand sind die medizinischen Leistungen, deren Erbringung bestimmte Kapazitäten in Form von Personal und Infrastruktur erfordern, und nicht etwa die Spitalbetten.

Vom Zeitpunkt, da die interkantonale Planung von der GDK definitiv verabschiedet ist, dürfen die Kantone auf ihren Spitalisten für die Zulassung von Spitälern zur Krankenversicherung gemäss Art. 39 KVG keine Anbieter oder Kapazitäten der hochspezialisierten Medizin aufführen oder einschliessen, die nicht der Planung der GDK entsprechen. Bereichsweise können von der GDK Übergangsfristen gewährt werden. Die Beschlüsse der GDK beziehungsweise die ihr zugrunde liegenden Planungsarbeiten der Kantone und der CICOMS sind der gemäss Art. 39 Abs.1 Bst.d KVG von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam zu erstellenden Planung gleichzusetzen.

Vor Inkrafttreten der IVKKM wird die CICOMS zuhanden der GDK weitere Arbeiten rund um Struktur und Inhalt der im Rahmen der Vereinbarung interkantonal durchzuführenden Planungen erstellen.

3.3.8. Finanzierung

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen den durch den Vollzug der IVKKM verursachten zusätzlichen Kosten in Form von anfallenden Verwaltungskosten bei der GDK und den Kantonen sowie der Abgeltung derjenigen Kosten, welche bei der Erbringung der einzelnen im Anhang der Vereinbarung aufgeführten hochspezialisierten medizinischen Leistungen entstehen.

3.3.8.1. Finanzierung der hochspezialisierten medizinischen Leistungen

Jeder Kanton muss bereits heute die Versorgung der eigenen Kantonsbevölkerung mit hochspezialisierten medizinischen Leistungen mitfinanzieren. Sei es, indem er Betriebsbeiträge an entsprechende innerkantonale Leistungserbringer ausrichtet, sei es durch das „Einkaufen“ von solchen Leistungen in anderen Kantonen. Angaben über das Volumen dieser bereits heute von den Kantonen geleisteten Abgeltungen liegen nicht vor. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass eine konzentriertere Erbringung dieser hochspezialisierten medizinischen Leistungen für den einzelnen Kanton im Vergleich zur heutigen Situation per Saldo kostengünstiger sein wird.

In der IVKKM sind keine Finanzierungsregeln festgehalten. Diese werden sich vielmehr nach den geltenden Bestimmungen des Sozialversicherungsrechts des Bundes richten müssen. Allenfalls können einzelne Bestimmungen der NFA-Gesetzgebung von Bedeutung sein, insbesondere die einschlägigen Bestimmungen über den interkantonalen Lastenausgleich in der Interkantonalen Rahmenvereinbarung (IRV). Es wird davon ausgegangen, dass bereichsspezifische Abgeltungsvereinbarungen abgeschlossen werden. Dabei sollen die Vergütungen der hochspezialisierten medizinischen Leistungen auf der Basis von nachvollziehbaren und transparenten Kostenrechnungen erfolgen.

3.3.8.2. Finanzierung des Vollzugs der IVKKM

3.3.8.2.1. Anfallende Kosten auf Ebene der GDK

Die durch den Vollzug der IVKKM zusätzlich anfallenden Verwaltungskosten auf Ebene der GDK werden gemäss Artikel 12 IVKKM von den der Vereinbarung beigetretenen Kantonen entsprechend ihrer Einwohnerzahl anteilmässig getragen.

Gemäss interner Ressourcenplanung der GDK sind für die Jahre 2004 bis 2006 62, 117 respektive 142 Stellenprozente für die Tätigkeiten im Rahmen der IVKKM reserviert. Damit sollten das wissenschaftliche und administrative Sekretariat der CICOMS und allfälliger Untergruppen sichergestellt sein. Darüber hinaus sind jedoch insbesondere im Jahr 2005 vertiefte Analysen in einzelnen Bereichen zu leisten. Diese Arbeiten sprengen die Kapazitäten der GDK und stellen zudem besondere Anforderungen an die ausführenden Personen. Deshalb sind Kooperationen hinsichtlich der Durchführung von vertieften Bereichsanalysen von Gebieten mit potenziellem Koordinations- und Konzentrationsbedarf angezeigt. Zur Abgeltung dieser Kooperationen sind seitens des regulären Voranschlags der GDK für das Jahr 2004 Mittel für Mandate an Dritte in der Höhe von 50'000 Franken budgetiert. Im Voranschlag 2005 wurde für den Bereich „Spitzenmedizin“ keine konkrete Summe für Aufträge an Dritte fixiert. Es wurde jedoch ausdrücklich festgehalten, dass für den Bereich Spitzenmedizin im Jahr 2005 mit einem massgeblichen Betrag aus dem ordentlichen Budgetposten „Aufträge“ der GDK gerechnet werden müsse.

Ziel ist es, die gesamten anfallenden Kosten über das reguläre Budget der GDK abzugelten. Dabei ist in Zukunft mit jährlich wiederkehrenden Kosten in der Grössenordnung von 250'000 CHF zu rechnen, welche im regulären Budget der GDK für die CICOMS reserviert sein müssen. ANHANG II hinten zeigt die Belastung der einzelnen Kantone für das Jahr 2005 auf der Basis des regulären Bevölkerungsschlüssels der GDK.

3.3.8.2.2. Anfallende Kosten auf Ebene der Kantone

Gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sind die Kantone bereits heute verpflichtet, eine Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung zu erstellen. In diesem Rahmen war bis anhin jeder einzelne Kanton auch verpflichtet, die Versorgung an hochspezialisierten medizinischen Leistungen für seine Einwohnerinnen und Einwohner zu planen und mittels Leistungsaufträgen sicherzustellen. Für diese Planungstätigkeit mussten die Kantone personelle und finanzielle Ressourcen in unterschiedlichem Ausmass aufwenden. In Zukunft werden diese Ressourcen in die im Rahmen der IVKKM zu leistende gesamtschweizerische Planung der hochspezialisierten Medizin einfließen.

3.4. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen der IVKKM

Artikel 1

Die IVKKM hat zum Ziel, die hochspezialisierte Medizin in der Schweiz auf interkantonalen Ebene zu organisieren, um damit eine qualitativ hochstehende Versorgung garantieren und weitere wirtschaftliche Effizienzpotenziale erschliessen zu können. Dazu sollen interkantonale Planungen in verschiedenen Bereichen realisiert werden. Dabei werden auf der Ebene der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) für die einzelnen Kantone bindende Entscheide über die Organisation der hochspezialisierten Medizin getroffen. Die Kantone geben folglich ihre Planungshoheit in gewissen Bereichen der stationären Gesundheitsversorgung zu Gunsten der Plenarversammlung der GDK ab.

Artikel 2

Der Geltungsbereich der vorliegenden Vereinbarung erstreckt sich auf die im Anhang der Vereinbarung aufgeführten Behandlungen, Bereiche oder Einrichtungen. Um der Dynamik der hochspezialisierten Medizin Rechnung zu tragen, wurden die konkreten Bereiche absichtlich nicht in die Vereinbarung integriert, sondern nur im Anhang aufgeführt. Diese Lösung gewährleistet eine Aufnahme weiterer Bereiche in den Anhang beziehungsweise eine Streichung von bereits aufgeführten Bereichen aus dem Anhang, ohne dass dazu die Vereinbarung verändert wird und neu von den Kantonen ratifiziert werden müsste. Damit verlieren die kantonalen Legislativen den direkten Einfluss auf die Entwicklung des Geltungsbereiches der vorliegenden Vereinbarung. Jede Modifikation des Anhangs der Vereinbarung muss jedoch von der Plenarversammlung der GDK genehmigt werden, womit die Kantone ihren Einfluss durch ihr zuständiges Exekutivmitglied geltend machen können. Absatz 2 sieht überdies eine Überprüfung des Anhangs mindestens alle zwei Jahre vor und bestimmt, wer alles über ein Antragsrecht für die Aufnahme von weiteren Bereichen in den Anhang verfügt.

Artikel 3

Absatz 1 bezeichnet die Plenarversammlung der GDK als rechtsetzendes interkantonales Organ im Bereich der Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin. Für den operativen Vollzug der Vereinbarung setzt die GDK die CICOMS ein. Zwecks Harmonisierung der Bestrebungen im Bereich der Koordination und Konzentration der klinischen hochspezialisierten Medizin einerseits und im Bereich der universitären Medizin, andererseits, sieht Absatz 2 die Einsetzung eines Gemeinsamen Ausschusses (GA) SUK-GDK vor. Dieser Ausschuss setzt sich paritätisch zusammen aus je drei Mitgliedern der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) und der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK). Der GA dient dazu, die Anliegen der SUK besser in die Überlegungen und Entscheidungen der GDK mit einzubeziehen. Dazu soll der GA in der Entscheidungskette im Rahmen der Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin zwischen CICOMS und GDK eingefügt werden. Der Ausschuss behandelt insbesondere die von der CICOMS zuhanden der GDK formulierten Anträge und kann zuhanden der SUK und der GDK Mitberichte verfassen. Drei Mitglieder des GA können eine Rückweisung der Anträge an die CICOMS verfügen. Die definitive Beschlussfassung auf politischer Ebene erfolgt

jedoch einzig und allein durch die Plenarversammlung der GDK, wie in der IVKKM vorgesehen. SUK und GDK delegieren ihre jeweiligen Mitglieder in den Ausschuss. Der Präsident der CICOMS hat den Vorsitz des Gemeinsamen Ausschusses. Der Ausschuss trifft sich in der Regel zweimal im Jahr. Auf Antrag von drei Mitgliedern können weitere Sitzungen einberufen werden. Die Sitzungen werden so anberaumt, dass eine Stellungnahme der SUK vor dem definitiven Beschluss durch die Plenarversammlung der GDK möglich ist. Das Sekretariat wird vom Zentralsekretariat der GDK geführt.

Da die IVKKM keine abschliessende Definition des Begriffs „Hochspezialisierte Medizin“ enthält, werden im Absatz 3 diejenigen Kriterien erwähnt, welche bei der Aufnahme von Behandlungen, Bereichen oder Einrichtungen der hochspezialisierten Medizin in den Anhang der Vereinbarung berücksichtigt werden müssen. Eine ausführliche Abhandlung der aufgeführten Kriterien ist im Schlussbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ vom 29.04.2003 zu finden. CICOMS und GDK richten sich danach. Es gilt jedoch zu betonen, dass es nie möglich sein wird, Kriterien zu entwickeln, welche auf Grund ihrer Klarheit, Präzision und Messbarkeit abschliessend darüber Auskunft geben können, welche Behandlungen/Gebiete/Einrichtungen einen Koordinations- bzw. Konzentrationsbedarf aufweisen. Die Entscheidung über die Auswahl der Bereiche und deren Standorte kann letzten Endes nur eine politische sein. Ein solch pragmatischer Ansatz ermöglicht nicht zuletzt eine gewisse Flexibilität in der Beurteilung der Bereiche, welche im Rahmen des vorliegenden Projekts koordiniert bzw. konzentriert werden können und sollen. Mit dieser Regelung kann zudem der Dynamik, welche der hochspezialisierten Medizin inhärent ist, am besten Rechnung getragen werden.

In Absatz 4 wird spezifiziert, dass die GDK als interkantonales Organ der IVKKM ihre Entscheidungen mit einfachem Mehr trifft, wie dies auch Art. 5 Abs. 4 der Statuten der GDK vorsieht. Auf Grund der Möglichkeit der Allgemeinverbindlicherklärung durch den Bundesrat wird davon ausgegangen, dass das rechtsetzende Organ der IVKKM identisch sein wird mit der Plenarversammlung der GDK.

Artikel 4, 5 und 6

In Artikel 4 wird spezifiziert, dass in den im Anhang der Vereinbarung aufgeführten Bereichen für die Kantone eine gemeinsame Planungspflicht besteht, wobei dies insbesondere für Standortkantone und Trägerkantone gilt. Diese Planungen werden der CICOMS unterbreitet (Absatz 2). Artikel 5 und 6 enthalten verschiedene Grundsätze, welche von den Kantonen bei der interkantonalen Planung berücksichtigt werden müssen. So soll eine solche Planung fallweise auch Kooperationen mit dem nahen Ausland vorsehen und die Bildung nationaler Kompetenzzentren mit Spezialistenteams fördern. Zu diesem Zweck erfolgen die Planungsarbeiten in enger Zusammenarbeit und Absprache mit den verantwortlichen Kreisen der universitären Forschung und Lehre. Wichtig ist dabei insbesondere eine abgestimmte Personalpolitik in den Spitälern und Universitäten. Eine interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin achtet aber auch darauf, 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. Schliesslich orientiert sich eine solche Planung stark an Mindestfallzahlen, die mit Bezug auf die Qualität wie auch auf die Wirtschaftlichkeit der geplanten hochspezialisierten Leistungen von Bedeutung sind. Die Planungsteilnehmer sind überdies verpflichtet, die im Rahmen der Planungsausschreibungen seitens der CICOMS gemachten Vorgaben für die jeweiligen Bereiche einzuhalten. Diese sind sowohl formeller (Struktur des einzureichenden Planungsberichtes, Fristen etc.) wie auch inhaltlicher Natur (z.B. Vorgaben bezüglich maximaler Anzahl Leistungserbringer etc.).

Artikel 7 und 8

Artikel 7 macht deutlich, dass die Kantone ihre Planungshoheit in den im Anhang der IVKKM aufgeführten Behandlungen, Bereichen und Einrichtungen an die GDK abgeben. Die kantonalen Spitalisten müssen daher zwingend konform sein mit den Resultaten der interkantonalen Planungen im Bereich der hochspezialisierten Medizin. In Artikel 8 wird

explizit erwähnt, dass die GDK auf Antrag der CICOMS die definitiven Planungen verabschiedet. Dabei bestimmt die GDK die Tätigkeitsgebiete der Spitzenmedizin (was?), die zugelassenen Anbieter (wer?), die Standorte (wo?), die Kapazitäten mit Preisvorgaben (wie viel und zu welchem Preis?) sowie allfällige Übergangsfristen.

Artikel 9, 10 und 11

Der 3. Abschnitt der Vereinbarung regelt die Grundsätze der CICOMS als operativ tätiges Ausführungsorgan. Diese Grundsätze sind absichtlich sehr allgemein gehalten. Ein separat ausgearbeitetes Geschäftsreglement (siehe ANHANG I) regelt alle weiteren Punkte rund um die Organisation und Arbeitsweise der CICOMS.

Der Legitimität und Glaubwürdigkeit der CICOMS und ihrer Mitglieder kommt besondere Bedeutung zu. Nebst einschlägigem Fachwissen gehören zu den zentralen Anforderungen an die Mitglieder der CICOMS die Fähigkeit und die Bereitschaft, bei der Tätigkeit in der Kommission mit einem übergeordneten schweizerischen Blickwinkel den gemeinsamen Nutzen in den Vordergrund zu stellen und von der Vertretung von Partikularinteressen Abstand zu nehmen.

Die CICOMS setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Kantone beziehungsweise Organisationen:

fünf Mitglieder aus Kantonen mit einem Universitätsspital: BE, BS, GE, VD, ZH

fünf Mitglieder aus den übrigen Kantonen: AG, LU, SG, TI, FR

sechs Mitglieder weiterer Organisationen:

- Gruppe für Wissenschaft und Forschung (GWF)
- Schweizerische Universitätskonferenz (SUK)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- Kollegium der Dekane der medizinischen Fakultäten
- santésuisse

Anlässlich seiner Sitzung vom 1. Juli 2004 wurde das Reglement vom Vorstand der GDK genehmigt und die CICOMS formell eingesetzt.

Artikel 12

Wie bereits unter Ziffer 3.3.7.2.1. ausführlich dargelegt, werden sich die jährlich anfallenden Kosten für die Tätigkeiten der GDK im Rahmen der Umsetzung der IVKKM auf rund 250'000 CHF belaufen. Diese Summe soll vollumfänglich über das reguläre Budget der GDK abgegolten werden.

Artikel 13

Die IRV wird gegenwärtig durch eine Arbeitsgruppe im Auftrag der KdK überarbeitet und an die Entscheide des Eidgenössischen Parlaments zu den NFA-Verfassungsbestimmungen und zum FiLaG angepasst. Bei den im Folgenden aufgeführten Artikeln wie auch beim Text im Anhang handelt es sich noch um die ursprüngliche, in der Botschaft des Bundesrats zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 14. November 2001 abgedruckte Fassung.

Für das Streitbeilegungsverfahren sind die Artikel 30 bis und mit 33 der IRV massgebend (siehe auch Anhang III). Diese haben folgenden Wortlaut:

Artikel 30 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 106 Absatz 1 Buchstabe b des Bundesgerichtsgesetzes vom ...¹⁷ am nachstehend beschriebenen Streitbeilegungsverfahren teilzunehmen.

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

Artikel 31 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.

Artikel 32 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 zu einer Einigung, so leitet der Vermittler das förmliche Vermittlungsverfahren vor der IVK ein.

Artikel 33 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 oder der Vorsitzende von der Präsidentin oder vom Präsidenten des Schweizerischen Bundesgerichts ernannt.

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, die 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.

Artikel 14

Mit der Mitteilung an die GDK tritt ein Kanton formell der IVKKM bei. Die IVKKM kann nicht gekündet werden, ein beigetretener Kanton kann jedoch seinen Austritt erklären. Der frühestmögliche Zeitpunkt der Austrittserklärung von 5 Jahren ist auf die Frist abgestimmt, nach der die Kantone gemäss Artikel 14 Absatz 6 Finanzausgleichsgesetz (FiLaG) frühestens einen Antrag auf Aufhebung der Allgemeinverbindlicherklärung stellen können.

Artikel 15

Für das Inkrafttreten sind grundsätzlich drei Quoren zu beachten: Die Anzahl Kantone, welche beitreten müssen, damit die IVKKM Rechtskraft erlangt, der Beitritt aller Kantone mit Universitätsspital und das Antragsquorum zur Allgemeinverbindlicherklärung der IVKKM gemäss Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a FiLaG. Wenn die IVKKM allgemeinverbindlich erklärt wird, erlangt sie eine Normativwirkung, welche auch die nicht beigetretenen Kantone erfasst. Diese treten dann in die Rechte und Pflichten der Vertragskantone ein.

Artikel 16

Analog zum Inkrafttreten tritt die IVKKM ausser Kraft, wenn die Zahl der Mitglieder unter 17 fällt oder aber ein Kanton mit Universitätsspital seinen Austritt erklärt. Bei einer allgemeinverbindlich erklärten Rahmenvereinbarung ist die Aufhebung dieser Allgemeinverbindlicherklärung nach Massgabe von Artikel 14 Absatz 5 Buchstabe a FiLaG vorausgesetzt.

Artikel 17

Aufgrund von veränderten Rahmenbedingungen können sich bei der IVKKM Anpassungen aufdrängen. Das Quorum für die Antragstellung für eine Änderung soll tief sein, so dass durch eine Allgemeinverbindlicherklärung möglicherweise entstandene Minderheiten eine Revision in Gang setzen können. Änderungen treten in Kraft, wenn ihnen mindestens 17 Kantone zustimmen.

Anhang

Im Anhang zur IVKKM werden diejenigen Bereiche, Einrichtungen oder Behandlungen der hochspezialisierten Medizin aufgezählt, welche einer Koordination oder Konzentration auf nationaler Ebene bedürfen. Die Plenarversammlung der GDK wird diesen Anhang voraussichtlich anlässlich ihrer Hauptversammlung im Mai 2005 als Anfangsliste verabschieden. Der Anhang ist dynamisch konzipiert, da er gemäss Artikel 2 Absatz 2 der IVKKM mindestens alle zwei Jahre überprüft und gegebenenfalls angepasst wird. Dies kann geschehen, ohne dass dazu die IVKKM geändert werden muss, was eine erneute Ratifikation in den Kantonen zur Folge hätte. Dadurch ist gewährleistet, dass der Dynamik der hochspezialisierten Medizin Rechnung getragen werden kann.

IV Auswirkungen der Interkantonalen Vereinbarung auf den Kanton Basel-Stadt

4.1. Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Kanton und dem Bund

Mit dem Beitritt zur IVKKM 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.

Wesentlich gewichtiger wären die Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen dem Kanton und dem Bund bei einem Nicht-Zustandekommen der Vereinbarung. In diesem Fall wäre damit zu rechnen, dass die Planungshoheit im Bereich der hochspezialisierten Medizin auf den Bund übergeht. Die erforderlichen gesetzlichen Änderungen sind wie erwähnt in der Vorlage 2A, Teil Spitalfinanzierung, der Revision des KVG vorgesehen. Danach erlässt der Bundesrat die Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin, falls die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen.

4.2. Finanzielle und personelle Auswirkungen

Der Beitritt des Kantons zur IVKKM 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 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) 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. In Zukunft werden diese Arbeiten gestützt auf die IVKKM im Rahmen der vorgesehenen gemeinsamen Planung der hochspezialisierten Medizin geleistet.

Die durch den Vollzug der IVKKM zusätzlich anfallenden Verwaltungskosten auf Ebene der GDK werden gemäss Artikel 12 der IVKKM von den der Vereinbarung beigetretenen Kantonen entsprechend ihrer Einwohnerzahl anteilmässig getragen. Nach Schätzungen des

Zentralsekretariates ist in Zukunft mit jährlich wiederkehrenden Gesamtkosten in der Gröszenordnung von 250'000 CHF zu rechnen. Auf der Basis des geltenden Bevölkerungsschlüssels der GDK entspricht dies einem jährlichen Kantonsbeitrag von rund 6'500 Franken.

4.3. Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Universitätsstandort Basel

Die Führung und der Betrieb des Universitätsspitals Basel haben nachhaltige Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort und insbesondere auf den Universitätsstandort Basel. Mit dem Beitritt zur bzw. mit dem Inkrafttreten der IVKKM wird das Universitätsspital von allen Kantonen als Erbringer von bestimmten Leistungen der hochspezialisierten Medizin anerkannt und damit dessen Position in diesen Bereichen gegenüber heute zusätzlich gestärkt.

4.4. Auswirkungen auf die Regionale Spitalplanung

Der Beitritt des Kantons Basel-Stadt zur IVKKM hat Auswirkungen auf die Versorgungsplanung der Kantonsbevölkerung mit Spitalleistungen. Der Kanton Basel-Stadt wird im Regelungsbereich der IVKKM zukünftig eine gemeinsame Planung mit anderen Kantonen erstellen müssen. Dies stärkt die heute schon etablierte Zusammenarbeit in der Region zusätzlich und wird sie künftig noch intensivieren.

V Delegation von Rechtsetzungskompetenzen

Mit der Vorlage werden Rechtsetzungskompetenzen an die GDK delegiert, indem sie befugt wird, den Anhang zur IVKKM zu ändern. Die GDK hat vor einer Änderung des Anhangs die CICOMS anzuhören. Der Kanton Basel-Stadt kann durch den Einsitz in der GDK und in der CICOMS Einfluss auf die Änderung des Anhangs nehmen.

VI Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt, dem Beitritt des Kantons Basel-Stadt zur Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) zuzustimmen und den Regierungsrat zu ermächtigen, die Vereinbarung zu unterzeichnen.

Basel, 20. April 2005

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident

Der Staatsschreiber

Dr. Ralph Lewin

Dr. Robert Heuss

Beilage

Interkantonale Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM)

Grossratsbeschluss

betreffend

Interkantonale Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM)

Vom

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, auf Antrag des Regierungsrates, stimmt dem Beitritt des Kantons Basel-Stadt zur Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) zu und ermächtigt den Regierungsrat, diese Vereinbarung zu unterzeichnen.

Dieser Beschluss ist zu publizieren; er unterliegt dem Referendum.