



Bern, 23. Juni 2021

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen

Zwischenbericht des Bundesrates

in Erfüllung des Postulates

20.3135 SGK-SR vom 21. April 2020

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	2
Abkürzungsverzeichnis	3
Zusammenfassung	4
1 Einleitung	5
1.1 Wortlaut Postulat.....	5
1.2 Ausgangslage	5
2 Pandemiebedingte Kosten im Gesundheitswesen	7
2.1 Definitionen und Abgrenzung.....	7
2.2 Pandemiebedingte Kosten des Bundes.....	8
2.2.1 Kosten für medizinische Güter und Heilmittel.....	8
2.2.2 Übernahme der Kosten von Analysen auf Sars-CoV-2	10
2.2.3 Einsatz von Armeeangehörigen im Gesundheitswesen	11
2.3 Pandemiebedingte Kosten der Kantone.....	11
2.3.1 Kosten der stationären Behandlung von Covid-19-Patienten und Patientinnen	12
2.3.2 Kosten der Bereitstellung von spezifischen Kapazitäten zur Bewältigung der Pandemie	13
2.3.3 Kosten im Zusammenhang mit der Verimpfung der Bevölkerung	14
2.3.4 Kosten für die Weiterverteilung oder Abgabe medizinischer Güter	14
2.3.5 Kosten für Analysen auf Sars-CoV-2.....	14
2.3.6 Kosten aufgrund der Restfinanzierung der Pflegeleistungen	15
2.4 Pandemiebedingte Kosten der Versicherer	15
2.4.1 Kosten für Analysen auf Sars-CoV-2 (ausserhalb Übernahme Bund)	15
2.4.2 Impfkosten.....	16
2.4.3 Kosten der stationären und ambulanten Behandlung von Covid-19-Patienten.....	16
2.4.4 Reserve Entwicklung der OKP-Versicherer	17
2.4.5 Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung.....	18
2.5 Pandemiebedingte Kosten der Versicherten	18
2.5.1 Covid-19-Behandlungskosten im Rahmen der Kostenbeteiligung und Kosten von Analysen auf Sars-CoV-2	18
2.5.2 Auswirkungen auf die Prämien der Versicherten.....	19
3 Fazit	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auslegeordnung der direkten pandemiebedingten Kosten im Gesundheitswesen nach Kostenträger	8
Tabelle 2: Ausgaben für medizinische Güter und Heilmittel (in Mio. CHF)	10
Tabelle 3: Geschätzte Kosten der Kantone für die stationären Behandlung von Covid-19-Patienten im Jahr 2020	13
Tabelle 4: Übersicht der Kosten für molekularbiologische Analysen der OKP für das Jahr 2020	16
Tabelle 5: Geschätzte Kosten der Krankenversicherer für die stationären Behandlung von Covid-19-Patienten im Jahr 2020	17

Abkürzungsverzeichnis

AdA	Angehörige der Armee
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft
CHF	Schweizer Franken
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EpG	Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz)
EpV	Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienvorordnung)
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GWL	gemeinwirtschaftliche Leistungen
IV	Invalidenversicherung
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KVAG	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LBA	Logistikbasis der Armee
LVG	Bundesgesetz über die wirtschaftliche Landesversorgung (Landesversorgungsgesetz)
MG	Militärgesetzes
MTK	Medizinaltarifkommission UVG
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OOP	Out-Of-Pocket - Zahlungen
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VBS	Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport

Zusammenfassung

Mit dem am 21. April 2020 von der SGK-SR verabschiedeten Postulat 20.3135 wurde der Bundesrat beauftragt, einen Bericht über die finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen vorzulegen. Als Kostenträger im Gesundheitswesen gelten dabei der Bund, die Kantone, die Versicherer sowie die Versicherten. Im Bereich der Versicherer und Versicherten werden die pandemiebedingten Kosten bei sämtlichen Sozialversicherungen (OKP, UV, IV, MV) betrachtet, der Fokus wird aber auf die OKP gelegt. Der vorliegende Bericht beinhaltet eine erste, vorwiegend qualitative Auslegeordnung der bis zum 31. März 2021 bekannten pandemiebedingten Gesundheitskosten pro Kostenträger und kann als eine Art Zwischenbericht betrachtet werden. Dabei werden vorerst nur sogenannte direkte Kosten berücksichtigt, welche in Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung während der Pandemie anfallen. Da die Pandemie noch andauert und aufgrund der üblichen zeitlichen Verzögerung für die Datensammlung und Aufbereitung, sind quantitative Angaben zu den pandemiebedingten Kosten pro Kostenträger zurzeit erst sehr eingeschränkt möglich.

Beim Kostenträger Bund sind Kosten für die Versorgung der Bevölkerung mit Heilmitteln, für die Beschaffung und Bereitstellung von medizinischen Gütern, für Tests und Analysen auf Sars-Cov-2 sowie für den Einsatz von Armeeangehörigen im Gesundheitswesen angefallen. Sowohl bei den Kantonen wie auch bei den OKP-Versicherern sind Kosten für stationäre Behandlungen von Covid-19-Patienten angefallen. Weitere pandemiebedingte Kosten der Kantone sind Kosten der Bereitstellung von spezifischen Kapazitäten zur Bewältigung der Pandemie, Kosten im Zusammenhang mit der Verimpfung der Bevölkerung und für die Weiterverteilung oder Abgabe medizinischer Güter sowie Kosten für Tests und Analysen auf Sars-Cov-2.

Die OKP-Versicherer übernahmen zu Beginn der Pandemie einen Teil der Kosten für Tests und Analysen auf Sars-Cov-2 und aktuell tragen sie einen Teil der Kosten der Impfungen. Des Weiteren sind bei den Versicherern auch Kosten für ambulante Behandlungen im Zusammenhang mit einer Covid-19-Erkrankung angefallen. Diese lassen sich jedoch nicht genug genau von anderen ambulanten Leistungen unterscheiden. Die Versicherten tragen einen Teil der pandemiebedingten Kosten selber. Dabei handelt es sich um Kosten für Behandlungen im Zusammenhang mit einer Covid-19-Erkrankung im Rahmen der Kostenbeteiligung sowie Kosten für Tests und Analysen auf Sars-Cov-2. Die mittlere Prämie der Schweiz über alle Altersklassen erhöhte sich für das Jahr 2021 um 0.5 Prozent, was im Vergleich zu früheren Jahren einen sehr moderaten Anstieg darstellt. Die Versicherer haben dabei in ihren Budgets für das Jahr 2021 grösstenteils keine pandemiebedingten Kosten miteinberechnet.

Wie bereits erwähnt, sind quantitative Angaben zu den pandemiebedingten Kosten pro Kostenträger zurzeit nur begrenzt möglich. Für den Kostenträger Bund sind vorwiegend bewilligte Budgetposten und Kredite bekannt. Was die Erhebung der Kosten bei den Kantonen betrifft, wurde für den vorliegenden Bericht (der hauptsächlich während der zweiten Pandemiewelle erarbeitet wurde) mit Rücksicht auf die hohe Belastung der Kantone auf eine umfassende Kostenermittlung verzichtet. Anhand von Daten der Versicherer konnte aber eine erste Schätzung der Kosten für die stationären Behandlungen von Covid-19-Patienten im Jahr 2020 vorgenommen werden. Auch Angaben zu weiteren Kosten der Versicherer basieren auf Hochrechnungen oder Schätzungen. Betreffend Versicherten wird ein Grossteil der pandemiebedingten Kosten von den anderen Kostenträgern übernommen. Bei den übrigen pandemiebedingten Kosten beteiligen sich die Versicherten auch während der Pandemie an den Kosten via Franchise und Selbstbehalt sowie Out-Of-Pocket Zahlungen (OOP).

Die Frage nach den finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen kann erst dann abschliessend analysiert und beantwortet werden, wenn die Pandemie beendet ist und entsprechende Daten vorliegen. Basierend auf dem vorliegenden Bericht soll daher – in Abhängigkeit vom Verlauf der Pandemie – bis Ende 2022 ein umfassender Folgebericht erarbeitet werden. Wo nötig sollen dazu auch weitere Zahlen bei den Versicherern und Kantonen erhoben werden.

1 Einleitung

1.1 Wortlaut Postulat

Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht über die Auswirkungen der Gesundheitskosten der Pandemie auf die Kostenträger (Bund, Kantone, Versicherer und Versicherte) zu erstellen. Zu beleuchten sind:

- die Infrastrukturkosten, die die Kantone zur Bewältigung der Pandemie tragen müssen;
- die bestehenden und die seit Beginn der Pandemie neu bereitgestellten Kapazitäten der Kantone (Spitalbetten, Intensivstationen usw.) zur Bewältigung von Pandemien;
- die Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die von den Spitälern für die Pandemieversorgung (Katastrophenschutz) in den Kantonen erbracht werden;
- die Auswirkungen auf die Versicherten und auf die Krankenversicherungsprämien für 2021;
- die Verwendung der Reserven der Krankenkassen.

1.2 Ausgangslage

Mit dem am 21. April 2020 von der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR) verabschiedeten Postulat 20.3135 «Auswirkungen der Gesundheitskosten der Pandemie auf die verschiedenen Kostenträger klären»¹ wurde der Bundesrat beauftragt, die finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Akteure im Gesundheitswesen zu untersuchen. Dazu gehören namentlich die durch die Pandemie verursachten Kosten im Gesundheitswesen, welche bei den Kostenträgern Bund (Ziffer 2.2), Kantone (Ziffer 2.3) und Versicherer (Ziffer 2.4) sowie Versicherte (Ziffer 2.5) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angefallen sind. Ausserdem sollen die Auswirkungen auf die Prämien und Reserven der Versicherer der OKP betrachtet werden. Der Vollständigkeit halber werden auch Kosten, welche bei anderen Sozialversicherungen angefallen sind, – konkret die Unfallversicherung (UV), die Invalidenversicherung (IV) und die Militärversicherung (MV) – betrachtet.

Nicht Teil der Analyse sind die bei den Leistungserbringern durch die Pandemie entstandenen Ertragsausfälle sowie Gesundheitskosten, welche tarifarisch nicht abgebildet sind und somit keinem Kostenträger zugeordnet werden können. Letztere sind in erster Linie Sache der Tarifpartner. Die Tarifpartner sind verantwortlich – entsprechend der im Gesetz verankerten Tarifautonomie – für angefallene pandemiebedingte Kosten, welche keinem Kostenträger in Rechnung gestellt werden konnten, Lösungen zur Übernahme dieser Kosten zu finden. Der Bund hat dazu seit Beginn der Pandemie Gespräche organisiert und damit die notwendigen fachlichen Diskussionen angestossen. Zusätzlich erhielten die Akteure an einem Treffen mit dem Departementsvorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) die Gelegenheit, allfällige Mehrkosten für Leistungen in der OKP infolge der Covid-19-Pandemie darzustellen und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) als Fachamt vorzulegen.

Um die Kostenübernahme für bestimmte pandemiebedingte ambulante und stationäre Leistungen durch die OKP zu klären, hat das BAG auf seiner Internetseite Faktenblätter publiziert.² Für den stationären Bereich wurden in Abstimmung mit den betroffenen Dachverbänden (H+ Die Spitäler der Schweiz, santésuisse und curafutura), der SwissDRG AG sowie der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) Richtlinien für eine schweizweit einheitliche Praxis zur Regelung der stationären Behandlung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten sowie die entsprechende Kostenübernahme veröffentlicht. Zudem hat die SwissDRG AG Anwendungsempfehlungen zur

¹ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20203135>

² Aktuelle und bisherige Faktenblätter sind hier zu finden: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/regelung-krankenversicherung.html>

Tarifstruktur publiziert, damit die Behandlungen von Covid-19-Patientinnen und -Patienten in den Spitälern einheitlich und sachgerecht vergütet werden können. Im ambulanten Bereich wurden - ebenfalls in Abstimmung mit den Krankenversichererverbänden (curafutura und santésuisse) sowie der Medizin-altarifkommission UVG (MTK) - Empfehlungen im Sinne von temporären Lösungen zur Abrechnung von Untersuchungen, Behandlungen und Therapien auf räumliche Distanz publiziert. Aus Sicht des Bundesrates konnte die Kostenübernahme für pandemiebedingte Leistungen der OKP somit geklärt werden.

Betreffend Ertragsausfälle aufgrund des vom Bundesrat erlassenen Behandlungsverbots während der ersten Welle im Frühling 2020, existiert keine gesetzliche Grundlage für eine Entschädigung durch den Bund. Mit dem Verbot von nicht dringlichen Behandlungen hat der Bundesrat in der ausserordentlichen Lage seine Verantwortung auf Basis des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz (EpG); SR 818.101) wahrgenommen und eine Überlastung der Spitäler - insbesondere der Intensivstationen - verhindert. Private Gesundheitsakteure, deren Jahresumsatz um über 40% zurückgegangen ist, können über die Covid-19-Härtefallverordnung unterstützt werden, wenn sie die Anforderungen von Bund und Kanton erfüllen. Aus Sicht des Bundesrats existiert zurzeit keine andere gesetzliche Grundlage, um die entstandenen Ertragsausfälle durch den Bund finanziell zu entschädigen. Die OKP ihrerseits kann nur Kosten von durchgeführten Behandlungen übernehmen.

Ebenfalls nicht Teil der Analyse sind pandemiebedingte Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens. Die wirtschaftlichen Folgen der Covid-19-Pandemie werden im Rahmen der laufenden Konjunkturbeobachtung sowie in Beantwortung des Postulats 20.3132 «Wirtschaftliche Folgen der Corona-Krise»³ vom Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) aufgenommen und untersucht. Die Beantwortung dieses Postulats ist für das Jahr 2022 zu erwarten.

Der vorliegende Bericht beinhaltet also eine erste, vorwiegend qualitative Auslegeordnung der pandemiebedingten Gesundheitskosten pro Kostenträger und kann als Zwischenbericht betrachtet werden. In einem ersten Schritt werden dazu die für diesen Bericht relevanten pandemiebedingten Gesundheitskosten definitorisch abgegrenzt. Anschliessend werden die pro Kostenträger angefallenen Kostenarten erläutert. Berücksichtigt wurden dabei die bis zum 31. März 2021 bekannten pandemiebedingten Kosten. Da die Pandemie noch andauert und aufgrund der üblichen zeitlichen Verzögerung für die Datensammlung und Aufbereitung, sind verlässliche Daten zurzeit nur eingeschränkt verfügbar. Quantitative Aussagen sind deshalb nur bedingt möglich. Wo es die Datenverfügbarkeit bereits erlaubt, werden erste Schätzungen oder Auswertungen von Daten integriert. Des Weiteren beinhaltet der Bericht auch Überlegungen für das weitere Vorgehen im Zusammenhang mit der detaillierteren und abschliessenden Analyse der durch die Pandemie entstandenen Kosten im Gesundheitswesen.

³ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefit?AffairId=20203132>

2 Pandemiebedingte Kosten im Gesundheitswesen

2.1 Definitionen und Abgrenzung

Die Gesundheitsausgaben geben Auskunft über das Volumen (Menge und Preis) der Ressourcen, die landesweit für das Gesundheitswesen aufgewendet werden und messen somit den Konsum von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen. 2018 betragen die gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen in der Schweiz laut Bundesamt für Statistik (BFS) insgesamt 81,9 Milliarden CHF und damit 2,8 Prozent mehr als im Vorjahr. Dabei erfolgt die Analyse der Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer (Spital, Arztpraxen, Apotheken etc.) oder nach Leistungsart (stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Langzeitpflege etc.). Obwohl die Definition der Gesundheitskosten klar scheint, kommt es in der Praxis zu Abgrenzungsproblemen und methodischen Schwierigkeiten. Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie kommt hinzu, dass es sich um ein neues Ereignis von unerwartetem Ausmass handelt, wodurch bei den Kostenträgern teilweise neue Kostenpositionen anfallen, welche sich ausserhalb des definierten Bereichs von Gesundheitskosten befinden. In diesem Bericht werden direkte und indirekte pandemiebedingte Gesundheitskosten differenziert und wie folgt definiert:

- **Direkte Kosten:** Kosten, welche im Pandemiefall in Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung entstehen. Dazu zählen beispielsweise die Behandlung von Covid-19 Patientinnen und Patienten, aber auch der Einsatz medizinischer Güter oder Impfungen.
- **Indirekte Kosten:** Kosten, welche im Pandemiefall in Zusammenhang mit der organisatorischen Bewältigung der Pandemie bei den öffentlichen Stellen anfallen. Dazu gehören beispielsweise das Einsetzen eines Krisenstabs in der Verwaltung oder das Contact Tracing durch die Kantone.

Einfachheitshalber werden in diesem Bericht vorerst nur die direkten Kosten untersucht. Dabei werden sowohl öffentliche wie auch private Finanzierungsquellen berücksichtigt. Private Gesundheitsausgaben sind Kosten, welche direkt durch die Versicherten getragen werden. Sie bilden sich aus den sogenannten Out-Of-Pocket Zahlungen (OOP)⁴ und der Kostenbeteiligung. Die OOP-Zahlungen von Privatpersonen bestehen aus den Zahlungen für medizinische Leistungen (bspw. Arzneimittel oder ärztliche Leistungen), die nicht von den Versicherungen oder von staatlichen Subventionen an die Leistungserbringer abgedeckt werden, abzüglich der Kostenbeteiligungen. Unter Kostenbeteiligung versteht man absolute Selbstbehalte (sog. Franchisen) und proportionale Selbstbehalte, die in der Krankenversicherung auf den Kosten der medizinischen Leistungen zu Lasten der Versicherten erhoben werden.⁵

Tabelle 1 zeigt eine Darstellung der direkten Gesundheitskosten, welche bei den einzelnen Kostenträgern infolge der Pandemie bisher angefallen sind. Die in dieser Tabelle aufgeführten Kostenpositionen der einzelnen Kostenträger machen deutlich, dass verschiedene Datenquellen konsultiert werden müssen, um die Kosten zu quantifizieren. Ein grosser Teil der dazu benötigten Daten ist jedoch derzeit noch nicht verfügbar.⁶ Aus diesem Grund ist die Auflistung in Tabelle 1 auch noch nicht abschliessend. Ausserdem wird in den verschiedenen Datengrundlagen teilweise nicht zwischen pandemiebedingten und gewohnten Kosten im Gesundheitswesen differenziert. Daher werden gewisse Kostenpositionen vermutlich nie quantifiziert werden können oder aber nur unter gewissen, restriktiven Annahmen.

⁴ Die Höhe der OOP-Zahlungen hängt vom Leistungsumfang der OKP ab. So zählen beispielsweise Zahnarztrechnungen in der Schweiz zu den OOP-Zahlungen, sofern sie nicht über eine Privatversicherung gedeckt werden, während sie in anderen Ländern (z.B. Deutschland) über die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt sind.

⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2011): Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte ; <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/direkte-gesundheitsausgaben-der-privaten-haushalte>

⁶ Für das Jahr 2020 werden die Daten des Bundesamtes für Statistik (z.B. Krankenhausstatistik, Kennzahlen der Schweizer Spitäler) frühestens Ende 2022 erwartet. Für allfällige weitere spezifische Datenauswertungen von Seiten Kantone (z.B. gemeinwirtschaftliche Leistungen, Aufbau der Infrastruktur) muss diesen entsprechend Zeit eingeräumt werden.

Tabelle 1: Auslegeordnung der direkten pandemiebedingten Kosten im Gesundheitswesen nach Kostenträger

Bund	Kantone	OKP-Versicherer	OKP-Versicherte
<ul style="list-style-type: none"> • Kosten für Beschaffung von Heilmitteln (insb. Impfstoffes) • Kosten für Beschaffung von medizinischen Gütern • Kosten für Analysen auf Sars-CoV-2 • Kosten für Einsatz Armeeangehörige im Gesundheitswesens 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten der Bereitstellung von spezifischen Kapazitäten zur Bewältigung der Pandemie (Infrastrukturkosten, Triage, zusätzliche Intensivbetten, gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) etc.) • Behandlungskosten von Covid-19-Patienten (stationär) • Kosten für Weiterverteilung oder Abgabe medizinischer Güter • Kosten im Zusammenhang mit der Verimpfung (Infrastrukturkosten Impfzentren, Selbstbehalt Versicherte, Organisation Impfprogramm) • Kosten für Analysen auf Sars-CoV-2 (ausserhalb Übernahme Bund)⁷ • Restfinanzierung Pflegeleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungskosten von Covid-19-Patienten (stationär und ambulant) • Kosten für Analysen auf Sars-CoV-2 (ausserhalb Übernahme Bund)⁷ • Impfkosten (soweit nicht vom Bund und Kantonen getragen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten für Analysen auf Sars-CoV-2 (ausserhalb Übernahme Bund)⁷ • Covid-19-Behandlungskosten im Rahmen der Kostenbeteiligung • Out-of-Pocket Zahlungen (OOP)

2.2 Pandemiebedingte Kosten des Bundes

Das EpG beinhaltet eine klarere gesetzliche Kompetenz- und Aufgabenzuweisung zwischen Bund und Kantonen bei der Bewältigung von Situationen mit erhöhter Gefahr für die öffentliche Gesundheit wie beispielsweise im Falle einer Pandemie. Zur Evaluation der vom Bund getragenen pandemiebedingten Gesundheitskosten wurden die relevanten Informationen durch die Bundesverwaltung zusammengetragen.

2.2.1 Kosten für medizinische Güter und Heilmittel

Gemäss Artikel 44 EpG stellt der Bund die Versorgung der Bevölkerung mit den wichtigsten zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten geeigneten Heilmitteln wie Impfstoffe oder antivirale Medikamente sicher, soweit er sie nicht durch Massnahmen nach dem Bundesgesetz vom 17. Juni 2016 über die wirtschaftliche Landesversorgung (Landesversorgungsgesetz, LVG ; SR 531) gewährleisten kann. Vom

⁷ Seit dem 25. Juni 2020 übernimmt der Bund diese Kosten.

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen

Bund übernommen werden nebst den Kosten für die Beschaffung der Impfstoffe (z.B. Reservationsverträge), die Kosten von nicht verwendeten Impfstoffen (subsidiäre Versorgungskompetenz bezüglich Heilmitteln nach Art. 44 EpG und Art. 73 Abs. 1 EpG) und diejenigen Kosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden (Art. 73 Abs. 2-3 EpG). Der Bund übernimmt die Kosten für den Transport und die Verteilung des Impfstoffes in die Kantone (Art. 64 Abs. 1 der Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung (EpV); SR 818.101.1).

Im Zuge der Covid-19-Pandemie hat die Armeeapotheke mit Beschluss des Bundesrates vom 20. März 2020 die Zusatzaufgabe erhalten, gemäss Vorgaben des Bundesamtes für Gesundheit wichtige medizinische Güter für das Gesundheitswesen zu beschaffen, um eine drohende Versorgungslücke zu verhindern. Diese Beschaffung von medizinischen Gütern und Impfstoffen werden im Auftrag des BAG über das Eidgenössische Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) namentlich über die Logistikbasis der Armee (LBA) und die Armeeapotheke abgewickelt. Ist der Bedarf an medizinischen Gütern über die normalen Beschaffungskanäle nicht gedeckt, kann die Armeeapotheke zur Unterstützung der Kantone und deren Gesundheitseinrichtungen, wichtige medizinische Güter – dazu gehören persönliche Schutzausrüstungen (z.B. Masken, Operationsschürzen, Schutzanzüge), medizinische Geräte (Beatmungsgeräte, Überwachungsgeräte und deren Zubehör), Desinfektionsmittel (Hand- und Flächendesinfektionsmittel), Laborzubehör und Arzneimittel – beschaffen. Die Kosten für die Beschaffung dieser Güter werden vom Bund vorfinanziert und den Empfängern weiterverrechnet. Der Bund trägt die Kosten für die Lieferung der beschafften, wichtigen medizinischen Güter an die Kantone. Die Kantone tragen die Kosten für die Weiterverteilung dieser wichtigen medizinischen Güter innerhalb des Kantons.

Im Fall der vorliegenden Corona-Pandemie übernimmt der Bund den Betrag von fünf CHF pro Impfstoffdosis (Impfstoff und Impfmateriale) übersteigenden Kosten. Weiter sind dies die Kosten für die Impfungen für Nicht-OKP-versicherte Personen (z.B. Diplomaten, entsandte Arbeitnehmende), Impfungen, welche in Apotheken durchgeführt werden (Art. 64a EpV) sowie Impfungen mit rein epidemiologischer Indikation (nicht zum Schutz von in erhöhtem Masse gefährdeten Personen nach Art. 26 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG ; SR 832.10)).

2020 wurden 428 Millionen CHF für die Beschaffung von Sanitätsmaterial (inkl. Logistik) und 190 Millionen CHF für die Beschaffung von Impfstoffen (inkl. Logistik) ausgegeben. Für das Jahr 2021 sind 1,2 Milliarden CHF für die Beschaffung von Sanitätsmaterial und Impfungen budgetiert. Dieser Betrag ist insbesondere für die Beschaffung der Covid-19 Impfstoffe vorgesehen.

Tabelle 2: Ausgaben für medizinische Güter und Heilmittel (in Mio. CHF)

	Rechnung 2020	Voranschlag 2021
Beschaffung medizinischer Güter	428	80
Beschaffung von Impfstoffen	190	1'120
Vom Bund übernommene Impfleistungen in Apotheken und für Personen ohne KVG-Versicherung	-	29
Heilmittel	3	104

Weil der Bund für die Beschaffung von Impfstoffen und Sanitätsmaterial überjährige Verpflichtungen eingeht, musste der Bundesrat beim Parlament einen entsprechenden Verpflichtungskredit von 500 Millionen CHF (davon 400 Millionen CHF zur Beschaffung von Impfstoffen und 100 Millionen CHF für Sanitätsmaterial) beantragen. Dieser wurde vom Parlament im Rahmen des Nachtrags Ia 2021 bewilligt.

2.2.2 Übernahme der Kosten von Analysen auf Sars-CoV-2

Der Bund übernimmt die Kosten von ambulant durchgeführten Analysen auf Sars-CoV-2 bei Personen, die die jeweiligen Verdachts-, Beprobungs- und Meldekriterien des BAG erfüllen (Art. 26 Abs. 1 der Verordnung 3 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus vom 19. Juni 2020 (Covid-19-Verordnung 3; SR 818.101.24))⁸. In diesem Abschnitt werden die geltenden Kriterien in zeitlicher Reihenfolge aufgeführt:

Zu Beginn der Pandemie wurden die Kosten von den Kantonen, der OKP und von Selbstzahlern übernommen (vgl. Ziffer 2.4.1). Seit dem 25. Juni 2020 übernimmt der Bund die Kosten von ambulant durchgeführten diagnostischen molekularbiologischen Analysen sowie immunologischen Analysen auf Sars-CoV-2-Antikörper bei Personen, die die Verdachts-, Beprobungs- und Meldekriterien des BAG erfüllen. Ab dem 2. November 2020 übernimmt er zusätzlich die Kosten der immunologischen Analysen auf Sars-CoV-2 Antigene und der nicht automatisierten Einzelpatienten-Schnelltests zum direkten Nachweis von Sars-CoV-2. Seit dem 28. Januar 2021 übernimmt der Bund einerseits die Kosten der Testung und Früherkennung von Ausbrüchen im Umfeld von besonders gefährdeten Personen und in Bereichen, in denen ein erhöhtes Übertragungsrisiko besteht und andererseits wird der Kreis der zugelassenen Leistungserbringer erweitert. Mit der Anpassung der Covid-19-Verordnung 3 übernimmt der Bund rückwirkend per 1. Januar 2021 bei einem positiven Ergebnis der molekularbiologischen Analyse die Kosten einer mutationsspezifischen Zweit-PCR. Zusätzlich werden seit dem 28. Januar 2021 auf Anordnung des Kantonsarztes die Kosten der diagnostischen Sequenzierung vom Bund übernommen. Seit dem 15. März 2021 übernimmt der Bund nicht nur die Kosten der Tests von Personen mit Symptomen, sondern auch die Kosten der Tests von symptomlosen Personen. Zudem übernimmt der Bund ebenfalls seit dem 15. März 2021 die Kosten von maximal fünf Sars-CoV-2-Selbsttests pro Person innerhalb von 30 Tagen.

⁸ Genauere Angaben dazu siehe Faktenblatt "Coronavirus – Kostenübernahme der Analyse und der damit verbundenen Leistungen": <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/regelung-krankenversicherung.html>

Die Quantifizierung dieser Kosten ist fortlaufend möglich, da diese über die Krankenversicherer, die Militärversicherung sowie die Kantone abgerechnet und dem Bund weiterverrechnet werden. Die Ausgaben des Bundes lagen im Jahr 2020 für bereits eingegangene Rechnungen bei 194 Millionen CHF.⁹ Für 2021 wurden zusätzlich 2,4 Milliarden CHF für Analysen budgetiert. Diese entfallen je zur Hälfte auf die Testung von symptomatischen Personen einerseits sowie andererseits auf die ab April ausgeweitete Teststrategie von nicht symptomatischen Personen (z.B. in Schulen und Unternehmen sowie Selbsttests).

2.2.3 Einsatz von Armeeangehörigen im Gesundheitswesen

Gemäss Artikel 67 Absatz 1 Buchstaben d und e des Militärgesetzes (MG, SR 510.10) sind Einsätze der Armee im Rahmen eines Assistenzdienstes möglich, um zivile Behörden zu unterstützen. Vorausgesetzt wird, dass die Aufgabe im öffentlichen Interesse liegt und es den zivilen Behörden nicht möglich ist, ihre Aufgaben in personeller, materieller oder zeitlicher Hinsicht zu bewältigen.

Am 16. März 2020 hat der Bundesrat den Einsatz von maximal 8'000 Angehörigen der Armee (AdA) zur Unterstützung der zivilen Behörden bis am 30. Juni 2020 genehmigt. Es standen bis zu 6'000 AdA gleichzeitig im Dienst, um die zivilen Behörden im Gesundheitswesen, beim Schutz der Grenzen und von diplomatischen Einrichtungen subsidiär zu unterstützen. Am 4. November 2020 begann ein erneuter Einsatz, wiederum hatte der Bundesrat bis zu 2'500 AdA zur Unterstützung der zivilen Behörden im Gesundheitswesen bewilligt. Insgesamt wurden im Jahr 2020 ca. 215 000 Dienstage in der ersten, sowie ca. 28 000 Dienstage in der zweiten Welle zur direkten subsidiären Unterstützung des Gesundheitswesens geleistet.

Die Armee unterstützte das Gesundheitswesen mit sanitätsdienstlichen Leistungen, insbesondere in der Pflege sowie Patientenüberwachung, mit Transporten oder Spitallogistik (z.B. Bettendesinfektion, Küche, Wäscherei, Reinigung) und übernahm bei Bedarf logistische Aufgaben wie Transporte oder leistete Mithilfe beim Aufbau von improvisierten Infrastrukturen. Weitere Aufgaben waren Logistik sowie Schutz der Impfstoffe und Impfmaterialien wie auch geschützte Lagerung sowie die fachgerechte Verteilung der Impfstoffe und -materialien an die Kantone.

2.3 Pandemiebedingte Kosten der Kantone

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung obliegt in der Schweiz verfassungsrechtlich den Kantonen (Art. 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101)). Dementsprechend verfügt jeder Kanton über eine eigene kantonale Gesetzgebung. Zusätzlich sind die Kantone für den Vollzug von bundesrechtlichen Vorgaben wie Spitalplanung, Mitfinanzierung der stationären Versorgung etc. zuständig. Wenn im Rahmen der Pandemie vom Bund Handlungen zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung angeordnet werden, gehen die Kosten grundsätzlich zu Lasten der Kantone. Dazu gehören insbesondere die Ergänzung der Spitalinfrastrukturen für Triage oder zusätzliche Intensivpflegebetten sowie gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Bei den Kantonen fallen auch indirekte Kosten - wie beispielsweise im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines Krisenstabs in der Verwaltung oder dem Contact Tracing - an. Da sich diese Kostenpositionen ausserhalb der in Ziffer 2.1 festgelegten definitorischen Abgrenzung liegen, werden sie in diesem Bericht nicht betrachtet.

⁹ Eidgenössische Finanzverwaltung EFV (2021): Band 2A – Staatsrechnung 2020 der Verwaltungseinheiten Teil I (Behörden und Gerichte, EDA, EDI, EJPD, VBS) <https://www.efv.admin.ch/dam/efv/de/dokumente/Finanzberichte/finanzberichte/rechnung/2020/rq2a-2020.pdf.download.pdf/RG2A-1-5-d.pdf>

Um die bei den Kantonen angefallenen direkten Kosten zur Bewältigung der Pandemie zu quantifizieren, genügen die vorhandenen Sekundärdatenquellen, wie beispielsweise die Krankenhausstatistik oder die medizinische Statistik der Krankenhäuser nicht. Direkte Rückschlüsse auf die Finanzierungsaktivitäten der Kantone zu ziehen, ist deshalb nicht möglich. Dazu bräuchte es eine umfassende Befragung der Gesundheitsdirektionen in allen 26 Kantonen. Während der Entstehungsphase dieses Berichts befand sich die Schweiz mitten in der zweiten Welle. Dementsprechend waren die kantonalen Gesundheitsdirektionen stark beschäftigt, die Pandemie zu bewältigen. Aus diesem Grund hat der Bundesrat vorerst darauf verzichtet, die notwendigen Zahlen direkt bei den Kantonen zu erheben. Grundsätzlich anerkennt der Bundesrat, dass die Kantonsfinanzen wegen diversen Massnahmen zur Pandemiebekämpfung belastet wurden. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Rechnungen der Kantone aufgrund der Erhöhung der Gewinnausschüttung der Schweizerischen Nationalbank besser ausgefallen sind als diejenige des Bundes. Eine umfassende Analyse der entstandenen Kosten soll deshalb zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden. Das geplante Vorgehen dazu wird im Fazit (Ziffer 3) genauer erläutert. Die folgenden Abschnitte beschränken sich also darauf, die entstandenen Kosten der Kantone grob und ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu umschreiben. Hingegen konnten die anteilmässige Übernahme der Vergütung der stationären Behandlung von Covid-19-Patienten anhand der erhobenen Versichererdaten für das Jahr 2020 quantitativ geschätzt werden.

2.3.1 Kosten der stationären Behandlung von Covid-19-Patienten und Patientinnen

Die Vergütung der Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital oder einem Geburtshaus erfolgt über Fallpauschalen, welche auf gesamtschweizerisch einheitlichen, durch den Bundesrat genehmigten Tarifstrukturen beruhen. Die Vergütung von stationären Behandlungen basiert auch während einer Pandemie grundsätzlich auf genehmigten Tarifen. Eine Empfehlung¹⁰ der für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur SwissDRG zuständigen Organisation ermöglicht zudem ein schweizweit einheitliches Vorgehen bei der Vergütung von stationären Behandlungen von Covid-19-Patientinnen und -Patienten. An diesen Vergütungen beteiligen sich die Kantone gemäss Artikel 49a KVG anteilmässig zu mindestens 55 Prozent.

Tabelle 3 zeigt die Kosten der Kantone für die stationäre Behandlung von Covid-19-Patienten und Patientinnen im Jahr 2020. Die hierzu verwendeten Daten stammen von vier Versicherergruppen (Helsana-Gruppe¹¹, SWICA-Gruppe¹², Groupe Mutuel¹³, CSS-Gruppe¹⁴), welche circa 50 Prozent aller in der Schweiz OKP-versicherten Personen abdecken¹⁵. Die Datenerhebung fand im Januar 2021 statt, wobei alle bis dahin verfügbaren Abrechnungen einbezogen wurden. Die Kosten wurden berechnet, indem ein Durchschnittspreis pro Fall und Tag geschätzt und mit dem Total der Behandlungstage von Covid-19-Patientinnen und -Patienten gemäss den offiziellen Zahlen des BAG¹⁶ multipliziert wurde.

Ein durchschnittlicher Behandlungstag eines Covid-19-Patienten auf der Bettenstation im Spital kostete gemäss Schätzung zwischen 1'556 bis 1'778 CHF, mit intensivmedizinischer Betreuung auf der Intensivstation kostete der durchschnittliche Behandlungstag pro Patient zwischen 3'556 bis 4'444 CHF. Der Anteil der Kantone beläuft sich wie oben erwähnt auf mindestens 55 Prozent. Die Spannweite verringert sich somit auf 856 bis 978 CHF respektive 1'956 bis 2'444 CHF. Bis zum 31. Dezember 2020 gab es

¹⁰ <https://www.swissdrq.org/de/akutsomatik/swissdrq/hinweis-zur-leistungserfassung>, Stand 26. Februar 2021

¹¹ Helsana Versicherungen AG und Progrès Versicherungen AG

¹² SWICA Krankenversicherung AG und PROVITA Gesundheitsversicherung AG

¹³ SUPRA-1846 SA, Avenir Assurance Maladie SA, Easy Sana Assurance Maladie SA, CM Vallée d'Entremont, Mutuel Assurance Maladie SA, AMB Assurances SA und Philos Assurance Maladie SA

¹⁴ CSS Kranken-Versicherung AG, Intrax Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG und Sanagate AG

¹⁵ Die Bestände stammen aus der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des Jahres 2019 (Tabelle KV505): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>, [abgerufen am 8. Februar 2021]

¹⁶ <https://www.covid19.admin.ch/de/hosp-capacity/icu>; [abgerufen am 8. Februar 2021]

gemäss BAG 219'761 Behandlungstage auf der Bettenstation und 49'083 Behandlungstage auf der Intensivstation. Die geschätzten stationären Kosten der Kantone für das Jahr 2020 bewegen sich dementsprechend zwischen rund 284 und 335 Millionen CHF.

Tabelle 3: Geschätzte Kosten der Kantone für die stationäre Behandlung von Covid-19-Patienten im Jahr 2020

Behandlung von Covid-19-Patienten	Anzahl Tage	
Bettenstation im Akutspital	219'761	
Intensivstation im Akutspital	49'083	
Durchschnittliche Kosten pro Behandlungstag	Min. in CHF	Max. in CHF
Bettenstation im Akutspital	856	978
Intensivstation im Akutspital	1'956	2'444
Total Kosten der Kantone im Jahr 2020 gerundet	In Mio. CHF	In Mio. CHF
für die Behandlung von Covid-19-Patienten auf der Bettenstation im Akutspital	188	215
für die Behandlung von Covid-19-Patienten auf der Intensivstation im Akutspital	96	120
für die stationäre Behandlung von Covid-19-Patienten im Akutspital	284	335

Im Umgang mit diesen Angaben ist jedoch Vorsicht geboten. Bei den hier genannten Zahlen handelt es sich um grobe Schätzungen und keine exakten Werte. Die Schwierigkeit bei der Quantifizierung dieser Kosten besteht darin, dass in den Daten der Versicherer nicht differenziert wird, ob eine positiv getestete Person aufgrund eines schweren Krankheitsverlauf von Covid-19 oder aus einem anderen medizinischen Grund hospitalisiert werden musste. Kosten der medizinischen Behandlung von Personen, welche beispielsweise aufgrund eines Unfalls oder einer Geburt hospitalisiert wurden und deren routinemässig durchgeführter Test auf Sars-CoV-2 positiv ausfiel, sind deshalb in den in der Tabelle 3 präsentierten Zahlen ebenfalls enthalten.

2.3.2 Kosten der Bereitstellung von spezifischen Kapazitäten zur Bewältigung der Pandemie

Den Kantonen entstanden seit Frühling 2020 im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung und Bereitstellung von Kapazitäten für die medizinische Versorgung sowie Pandemiebewältigung zahlreiche zusätzliche Ausgaben. Zu erwähnen ist beispielsweise der finanzielle Aufwand für zusätzliches Personal für und im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung in den Spitälern (Ärzte, Pflegendе, Therapeuten, administratives und weiteres Personal für Reinigung, Materialeinkauf, Hygiene etc.). Hinzu kommen Infrastrukturkosten für die Bereitstellung von neuen Isolationszimmern, Raumanpassungen aufgrund Sicherheit (z.B. technisches Material für Schutzsysteme wie Plexiglasscheiben), Aufstellen und Einrichten von Triagestellen oder Miete für zusätzliche Flächen (Testcentren, Lagerfläche)¹⁷. Weiter entstanden den Kantonen Kosten für GWL, die von den Spitälern für die Pandemiebekämpfung (Katastrophenschutz) erbracht wurden. Wie oben ausgeführt, werden stationäre Spitalleistungen nach KVG

¹⁷H+ (2020): Nationale Checkliste Schätzung der Mehr-/Minderkosten 2020, https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Rechnungswesen/COVID-19_finanziell_bedingte_Auswirkungen/20200611_Nationale_Checkliste_Mehr_Minderkosten_und_Ertragsausfaelle_wegen_COVID-19_D_V1_Juni2020.xlsx [abgerufen am 16. September 2020]

in der Regel mit leistungsbezogenen Pauschalen abgegolten. Diese Pauschalen dürfen keine Kostenanteile für GWL enthalten (Art. 49 Abs. 3 KVG). Die Kantone (und auch private Trägerschaften) sind frei, ihren Spitälern zusätzliche Aufträge oder Anforderungen zu erteilen.

Der Bundesrat hat in seinem Bericht vom 3. Juli 2019 in Erfüllung der Motion 16.3623 SGK-SR «Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone» unter anderem auch die Spitalfinanzierung via GWL beleuchtet¹⁸. In einer zum Thema erstellten externen Studie¹⁹ wurden die vorhandenen Sekundärdaten²⁰ ausgewertet. Die Studie zeigt, dass die Kantone GWL nicht einheitlich definieren, was Vergleiche auf interkantonaler beziehungsweise nationaler Ebene grundsätzlich erschwert. Die Kosten von GWL, die von den Spitälern für die Pandemiebekämpfung erbracht wurden, müssten somit direkt bei den Kantonen erhoben werden. Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die Kantone die GWL von Spitälern für die Pandemieversorgung einheitlich definieren und ausweisen. Folglich ist mit unterschiedlichen, auf nationaler Ebene nur schwer vergleichbaren und insgesamt wenig aussagekräftigen Angaben zu rechnen. Aus diesem Grund wurde auch hier vorerst auf eine Erhebung verzichtet und es werden vorliegend keine Angaben zu den Kosten für GWL der Spitäler im Zusammenhang mit der Pandemieversorgung gemacht.

2.3.3 Kosten im Zusammenhang mit der Verimpfung der Bevölkerung

Die Kantone tragen insbesondere Kosten für Logistik, Organisation und Infrastruktur im Zusammenhang mit der Impfung. Der geltende Tarifvertrag über die Vergütung der Impfung zu Lasten der OKP gegen Covid-19 war von der GDK und den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer im Dezember 2020 ausgehandelt und vom Bundesrat am 13. Januar 2021 genehmigt worden²¹, der Nachtrag zum Tarifvertrag wurde am 19. März 2021 genehmigt. Damit die Impfung im Rahmen der OKP für die Bevölkerung kostenlos ist, übernehmen die Kantone gemäss Tarifvertrag den Selbstbehalt in Form von Eigenleistungen (Anteile von Logistik, Organisation und Infrastruktur für die Durchführung der Impfungen). Aufgrund fehlender Angaben ist eine Schätzung der kantonalen Impfkosten zurzeit noch nicht möglich.

2.3.4 Kosten für die Weiterverteilung oder Abgabe medizinischer Güter

Gemäss der Covid-19-Verordnung 3 werden die Kosten für die Beschaffung wichtiger medizinischer Güter vom Bund vorfinanziert, soweit er die Güter beschafft. Wie in Ziffer 2.2.1 bereits erwähnt, erstatten die Kantone, die gemeinnützigen Organisationen sowie Dritte dem Bund die Kosten für die ihnen gelieferten wichtigen medizinischen Güter, deren Beschaffung der Bund übernommen hat, zurück. 2020 wurde von den Kantonen Sanitätsmaterial im Umfang von 45 Millionen CHF vom Bund bezogen.

2.3.5 Kosten für Analysen auf Sars-CoV-2

Die Kantone tragen gemäss EpG einen Teil der Kosten von Analysen auf Sars-CoV-2, welche zur Bekämpfung der Covid-19 Pandemie erfolgen. Den Kantonen entstanden dabei im Jahr 2020 unter anderem Kosten bei Anordnung der Analyse zum Schutz der Bevölkerung durch die zuständigen Kantonsärztinnen und -ärzte, bevor diese per 4. März 2020 in die Analysenliste aufgenommen und somit zu

¹⁸ Bericht verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/cc/bundesratsberichte/2019/transparenz-bei-der-spitalfinanzierung-durch-die-kantone.pdf.download.pdf/transparenz-bei-der-spitalfinanzierung-durch-die-kantone.pdf> [abgerufen am 22. Februar 2021].

¹⁹ Ecoplan (2019). Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone. Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-kuv/kvg-spitalf/2019-gemeinwirtschaftliche-leistungen-spitaeler-schlussbericht.pdf.download.pdf/2019-bericht-gemeinwirtschaftliche-leistungen.pdf> [abgerufen am 22. Februar 2021].

²⁰ Daten aus der Krankenhausstatistik des BFS Kennzahlen der Schweizer Spitäler des BAG, kantonale Staatsrechnungen und Finanzstatistik des Bundes, integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis ITAR_K von H+.

²¹ Medienmitteilung des Bundesrates und des BAG vom 13. Januar 2021: Bundesrat genehmigt Tarifvertrag zur Vergütung der COVID-19-Impfung (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-81941.html>) [abgerufen am 23. März 2021]

einer OKP-Pflichtleistung wurden. Ab dem 4. März 2020 trugen die Kantone die Kosten der Analysen, für welche eine öffentliche gesundheitliche Notwendigkeit bestand und welche zum entsprechenden Zeitpunkt nicht durch die OKP oder den Bund gedeckt waren. Seit der Ausweitung der Teststrategie durch den Bund per 15. März 2021 wird auch die Testung von nicht symptomatischen Personen vom Bund übernommen, so dass die Kantone zusätzliche Tests nicht mehr finanzieren müssen.

2.3.6 Kosten aufgrund der Restfinanzierung der Pflegeleistungen

Mit der am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Neuordnung der Pflegefinanzierung sowie den notwendigen Ausführungsbestimmungen, wurde die Aufteilung der Pflegekosten und deren Übernahme durch die OKP, die Versicherten und die Kantone neu geregelt. Sind die Kosten der Pflegeleistungen (Pflegebedarf) mit dem Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Beteiligung der Versicherten noch nicht vollständig gedeckt, so ist die Restfinanzierung Aufgabe der Kantone. Ein Teil der pandemiebedingten Kosten in der Langzeit- und ambulanten Pflege (erhöhte Pflegestufen, erhöhte Kosten pro Pflegeminuten bzw. Erhöhung der Normkosten) gehen also auch zu Lasten der Kantone. In den vom Bund organisierten Gesprächen zwischen den betroffenen Akteuren zeigte sich, dass in den meisten Kantonen eine Lösung gefunden werden konnte, um die pandemiebedingten Kosten der Langzeit- und ambulanten Pflege im Rahmen der Restfinanzierung zu vergüten. Ausserdem führen Kantone und Leistungserbringer bezüglich der Restfinanzierung weiter Gespräche.

2.4 Pandemiebedingte Kosten der Versicherer

Wie in Abschnitt 1 erwähnt, wird in diesem Kapitel der Fokus auf die OKP gesetzt. Der Vollständigkeit halber werden aber auch andere Sozialversicherungen – konkret die Unfall-, die Invaliden- und die Militärversicherung – behandelt (vgl. Ziffer 2.4.5).

In den Daten der Versicherer (vgl. Ziffer 2.3.1) wird die Kostenbeteiligung der Versicherten nicht separat ausgewiesen. Diese spielen insbesondere bei ambulanten Behandlungen eine Rolle, weil hier der Anteil der Patienten mit maximaler Wahlfranchise hoch sein dürfte. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die bei den Versicherern angefallene Kosten im ambulanten Bereich eher überschätzt werden. Bei den Kosten der Versicherer für stationäre Leistungen kann davon ausgegangen werden, dass die Versicherten grösstenteils über die gesetzliche Franchise von 300 CHF verfügen und sich somit weniger an den Gesundheitskosten beteiligen. Die stationären Kosten zu Lasten der Versicherer werden dadurch nur geringfügig überschätzt (vgl. Ziffer 2.5).

2.4.1 Kosten für Analysen auf Sars-CoV-2 (ausserhalb Übernahme Bund)

Namentlich vor der Übernahme durch den Bund von ambulant durchgeführten molekularbiologischen Analysen auf Sars-CoV-2 sind bei der OKP ab dem 4. März 2020 ebenfalls Testkosten angefallen. Das BAG hat in mehreren Faktenblättern die von der OKP zu bezahlenden Analysen bestimmt.²²

In Tabelle 4 befindet sich eine Übersicht zu den geschätzten Testkosten der OKP für das Jahr 2020. Für die Kostenschätzung wurde ein Ansatz gewählt, der sich an der Anzahl der durchgeführten Tests orientiert. Für die Kosten der Laboranalyse inklusive Auftragspauschale wurde eine fixe Preispauschale angenommen. Darin nicht enthalten sind die ambulanten Arztkosten im Zusammenhang mit den Tests, da sich diese Kosten in ihrer Höhe extrem unterschieden und deshalb nicht pauschal geschätzt werden können. Mithilfe zusätzlich erhobener Daten zu den bezahlten Tests derselben Versicherergruppen wie

²² Aktuelle und bisherige Faktenblätter sind hier zu finden: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/regelung-krankenversicherung.html>

oben, wurde der Anteil der OKP an der Gesamtanzahl Tests hochgerechnet.²³ Die grob geschätzten Pauschalen für die Tests unterscheiden sich je nach Testdatum. Für den Zeitraum vom 4. März 2020 bis und mit 29. April 2020 bezahlten die Versicherer 169'168 Tests (von total 267'453 Tests).²⁴ Bei einer geschätzten Pauschale von 200 CHF ergeben sich Kosten von rund 34 Millionen CHF. Ab dem 30. April 2020 verringerte sich die angenommene Pauschale auf 100 CHF (aufgrund der Reduktion des Preises für die Laboranalyse) und ab dem 25. Juni 2020 werden die Analysen bekanntlich vom Bund getragen. Für die zweite Periode wurden 268'430 Tests gemeldet, wobei hochgerechnet 143'068 der OKP zugerechnet werden. Die geschätzten Kosten für die OKP belaufen sich dabei auf 14 Millionen CHF.

Table 4: Übersicht der Kosten für molekularbiologische Analysen der OKP für das Jahr 2020

	04.03.2020-29.04.2020	30.04.2020-24.06.2020	04.03.2020-24.06.2020
Anzahl Tests total	267'453	268'430	535'883
Anzahl Test OKP	169'168	143'068	312'236
Preispauschale in CHF	200	100	
Testkosten OKP in Mio. CHF gerundet	34	14	48

Wie in Ziffer 2.2.2 erwähnt, werden die vom Bund übernommen Testkosten grösstenteils über die Krankenversicherer abgewickelt. Dadurch erhöhen sich die Verwaltungskosten der Versicherer möglicherweise leicht.

2.4.2 Impfkosten

Die Kosten der Impfleistungen (Information, Indikationsstellung, Impfstoff, Dokumentation, Erstellung Impfausweis) sowie des Impfstoffs und Impfmaterials werden bei OKP-versicherten Personen durch die OKP übernommen, wobei der Bund die Kosten, die den Betrag von fünf CHF für Impfstoff und Impfmateriale pro Impfung übersteigen, übernimmt. Das EDI hat dazu Artikel 12a Buchstabe n der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) per 1. Januar 2021 angepasst. Dabei wird keine Franchise erhoben und der Selbstbehalt wird von den Kantonen übernommen (er gilt mit den Eigenleistungen der Kantone als abgegolten, vgl. Ziff. 2.3.3). Für die Bevölkerung entstehen keine weiteren Kosten. Die Impfkosten zulasten der OKP für das Jahr 2021 werden auf ungefähr 200 bis 250 Millionen CHF geschätzt.

2.4.3 Kosten der stationären und ambulanten Behandlung von Covid-19-Patienten

Die Krankenversicherer übernehmen die Vergütung von Leistungen gemäss KVG zu den behördlich genehmigten oder festgelegten Tarifen und Preisen. Dies gilt grundsätzlich auch bei Leistungen, welche während der Pandemie erbracht werden.

Stationäre Leistungen

Der grösste Teil der pandemiebedingten Kosten der OKP machen die Behandlungskosten von Patienten aus, welche aufgrund einer Covid-19-Erkrankung stationär behandelt werden müssen. Gemäss Artikel 49a KVG werden den Versicherern anteilmässig 45 Prozent verrechnet. Die in Ziffer 2.3.1 mithilfe von Versichererdaten für das Jahr 2020 geschätzten Durchschnittskosten eines Behandlungstages für

²³ Die Kosten der restlichen 40 Prozent der Analysen werden von diversen weiteren Akteuren wie zum Beispiel Kantone, Privatpersonen, Unfallversicherung, etc. bezahlt. Aufgrund fehlender Daten können sie aber nicht abschliessend nach Kostenträger unterteilt und somit nicht analysiert werden.

²⁴ Angaben zu den Tests werden hier publiziert: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html> (Stand 27. Januar 2021)

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen

Covid-19-Patienten im Spital (1'556 bis 1'778 CHF) belaufen sich dementsprechend für die OKP auf 700 bis 800 CHF. Bei der Intensivpflege entspricht der Anteil der OKP 1'600 bis 2'000 CHF. Die Anzahl gemeldeter Spitaltage für das Jahr 2020 entspricht 219'761 Tage für nicht-intensivmedizinische sowie 49'083 Tage für intensivmedizinische Behandlungen. Daraus resultieren geschätzte Kosten von 233 bis 274 Millionen CHF, welche der OKP im Jahr 2020 zugerechnet werden können. Eine Zusammenfassung zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 5: Geschätzte Kosten der Krankenversicherer für die stationären Behandlung von Covid-19-Patienten im Jahr 2020

Behandlung von Covid-19-Patienten	Anzahl Tage	
Bettenstation im Akutspital	219'761	
Intensivstation im Akutspital	49'083	
Durchschnittliche Kosten pro Behandlungstag	Min. in CHF	Max. in CHF
Bettenstation im Akutspital	700	800
Intensivstation im Akutspital	1'600	2'000
Total Kosten der Versicherer im Jahr 2020 gerundet	In Mio. CHF	In Mio. CHF
für die Behandlung von Covid-19-Patienten auf der Bettenstation im Akutspital	154	176
für die Behandlung von Covid-19-Patienten auf der Intensivstation im Akutspital	79	98
für die stationäre Behandlung von Covid-19-Patienten im Akutspital	233	274

Wie bei den Schätzungen für die stationären Kosten der Kantone, handelt es sich bei den hier genannten Zahlen um grobe Schätzungen und keine exakten Werte. Bei der Berechnung konnte nicht differenziert werden, ob ein positiv getesteter Patient aufgrund Covid-19 oder einer anderen Ursache hospitalisiert werden musste. Die angegebenen Werte müssen deshalb auch hier mit Vorsicht betrachtet werden.

Ambulante Leistungen

Ambulante Behandlungskosten zählen ebenfalls zu den pandemiebedingten Kosten der OKP. Dazu gehören unter anderem ärztliche Konsultationen aufgrund einer Covid-19-Erkrankung, Arzneimittel zur Linderung der Symptome oder Analysen auf Sars-CoV-2 vor Übernahme durch den Bund. Die Kosten für die von den Versicherern übernommenen Tests (ohne ambulante Kosten im Zusammenhang mit der Analyse) werden in Abschnitt 2.4.1 behandelt. Die restlichen ambulanten Behandlungskosten lassen sich nicht ausreichend von anderen, nicht im Zusammenhang mit Covid-19-Erkrankungen bezogenen Leistungen, unterscheiden. Ausserdem ist anzunehmen, dass ein grösserer Teil der pandemiebedingten ambulanten Kosten direkt von den versicherten Personen im Rahmen der privaten Gesundheitsausgaben finanziert wird. Dies kommt vor allem bei versicherten Personen mit einer hohen respektive nicht ausgeschöpften Franchise vor. Diese Faktoren erschweren die Quantifizierung der ambulanten Behandlungskosten erheblich und werden in diesem Bericht deshalb nicht näher behandelt.

2.4.4 Reserve Entwicklung der OKP-Versicherer

Die Krankenversicherer müssen im Bereich der sozialen Krankenversicherung ausreichende finanzielle Reserven bilden, um ihre Solvenz sicherzustellen. Die Reserven werden über Gewinne der Krankenversicherer gebildet und dienen dazu, allfällige Verluste der Krankenversicherer zu decken. Es fliesst

also kein Geld aus dem System. Die Mindesthöhe der Reserven sowie die Höhe der vorhandenen Reserven werden für das Tätigkeitsgebiet und das KVG-Geschäft des Krankenversicherers mit dem KVG-Solvenztest bestimmt. Um die Mindesthöhe der Reserven zu berechnen, werden versichererspezifische Risiken berücksichtigt. Die vorhandenen Reserven werden mittels marktnaher Bewertung der Bilanz bestimmt. Die dazugehörigen Zahlen und dementsprechend die Entwicklung der Reserven der OKP werden jedes Jahr im September der Öffentlichkeit kommuniziert.²⁵ Aufgrund der aktuell sehr hohen Reserven hat der Bundesrat am 14. April 2021 die Revision der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV; SR 832.121) verabschiedet. Die Reserven der Krankenversicherungen sollen zugunsten der Versicherten abgebaut werden. Die Versicherer werden durch die Revision der Verordnung angehalten, die Prämien möglichst knapp zu kalkulieren und, wenn möglich, einen Abbau der Reserven vorzunehmen.

2.4.5 Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung

Die effektiv gemeldeten Schadenereignisse aus der Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) für das Jahr 2020 sind in der Tendenz gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig. Die Gründe liegen in der rückläufigen Mobilität, den Home-Office-Empfehlungen, der Kurzarbeit sowie den eingeschränkten sportlichen Aktivitäten. Es ist allerdings noch zu früh, um den Effekt abschliessend zu beurteilen und die daraus resultierenden Kosten zu schätzen. Die privaten Unfallversicherer verzeichnen eine starke Zunahme der Berufskrankheiten aufgrund der Pandemie, da Covid-19-Erkrankungen in Berufen des Gesundheitswesens teilweise als Berufskrankheiten gelten. Der Effekt fällt unterschiedlich aus, je nachdem wie stark sich Betriebe des Gesundheitswesens (Spitäler, Laboratorien etc.) im Portefeuille des jeweiligen Versicherers vertreten sind. Relativ wenigen gravierenden Covid-19-Fällen (mit heute noch nicht abschätzbaren Langzeitkostenfolgen) steht eine Vielzahl von geringen Fällen mit tiefen Leistungsfolgen, aber hohem Abklärungsaufwand gegenüber.

Die Covid-19-Pandemie sowie die daraus beschlossenen Massnahmen (neue oder angepasste Faktenblätter für Leistungserbringer und Kostenträger), haben für die Invalidenversicherung bisher zu keiner spürbaren Kostensteigerung oder zu finanziellen Auswirkungen geführt.

Bei der Militärversicherung können die Kosten von Krankheitsfällen im Zusammenhang mit einer Covid-19-Infektion noch nicht abgeschätzt werden. In der Finanzrechnung 2020 ist aber kein Anstieg der Kosten festzustellen.

2.5 Pandemiebedingte Kosten der Versicherten

2.5.1 Covid-19-Behandlungskosten im Rahmen der Kostenbeteiligung und Kosten von Analysen auf Sars-CoV-2

Ein Grossteil der pandemiebedingten Kosten wird von den erwähnten Kostenträgern übernommen. Bei den übrigen pandemiebedingten Kosten sowie den Testkosten vor der Übernahme durch den Bund, beteiligen sich die Versicherten grundsätzlich auch während der Pandemie an den Kosten via Franchise und Selbstbehalt sowie OOP-Zahlungen. Je nach Wahl der Franchise sind diese höher oder tiefer, was sich aber auch in der bezahlten Prämie widerspiegelt. Zudem werden wohl häufig viele ambulante Behandlungen oder Medikamentenbezüge direkt von den Versicherten bezahlt, da sie vor allem bei höheren Franchisestufen sowieso dafür aufkommen müssen. Ebenfalls sind die Kosten der Analysen auf Sars-CoV-2, bei Personen, welche die jeweiligen Verdachts-, Beprobungs- und Meldekriterien des BAG nicht erfüllen, durch diese als OOP selber zu tragen.

²⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/reporting/kvg-solvenztest.html> [abgerufen am 21. Februar 2021]

Eine Quantifizierung der pandemiebedingten Kosten der Versicherten wird nicht machbar sein. Einerseits werden einige Kosten direkt bezahlt und in keiner Statistik vorkommen. Andererseits können die Versicherer vor allem bei der ambulanten Kostenbeteiligung nicht zwischen pandemiebedingten und nicht-pandemiebedingten Kosten unterscheiden.

2.5.2 Auswirkungen auf die Prämien der Versicherten

Die Prämien der OKP für das Jahr 2021 wurden im Sommer 2020 von den Versicherern eingegeben und im September desselben Jahres durch das BAG genehmigt. Die mittlere Prämie der Schweiz über alle Altersklassen erhöhte sich dabei um 0.5 Prozent, was im Vergleich zu früheren Jahren ein sehr moderater Anstieg darstellt. Je nach Kanton unterscheidet sich die Veränderung der mittleren Prämie erheblich. Die Versicherer haben in ihren Budgets für das Jahr 2021 grösstenteils keine pandemiebedingten Kosten miteinberechnet.

Betrachtet man die Kosten der OKP für das Behandlungsjahr 2020, ist davon auszugehen, dass die Kostensteigerung von 2019 auf 2020 wohl unterdurchschnittlich ausfallen wird. Genauere Angaben dazu können zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund der üblichen Verzögerungen bei der Verrechnung nicht gemacht werden. Der Hauptgrund für eine verhältnismässig tiefere Kostenentwicklung liegt bei den vielen elektiven Eingriffen, welche aufgrund der Pandemie verschoben werden mussten oder ganz ausgeblieben sind. Die Swiss National Covid-19 Science Task Force schätzte im Januar 2021, dass seit der zweiten Welle ungefähr 19'000 Operationen verschoben wurden.²⁶ Angaben zu der Höhe der entsprechenden Kosten werden in der Studie nicht gemacht. Einen weiteren Grund für die wohl tiefere Kostenentwicklung sieht der Bundesrat auch in Behandlungen, welche aufgrund Zurückhaltung von Patientinnen und Patienten (noch) nicht durchgeführt wurden. Zudem werden bei Versicherten mit Unfaldeckung im Rahmen des KVG wohl auch weniger Unfälle gemeldet.

Die Prämien des Jahres 2022 werden im Sommer 2021 eingegeben und im September genehmigt. Die zukünftige Veränderung der Prämien hängt stark von der Kostenentwicklung der OKP im Jahr 2021 ab. Dazu legen die Versicherer ihren Eingaben für die Prämien 2022 eine Hochrechnung der Kosten 2021 bei. Je nach Höhe der Kosten der ins 2021 verschobenen Behandlungen und je nach Pandemieverlauf können diese Schätzungen stark variieren. Eine diesbezügliche Aussage kann im Rahmen dieses Berichts nicht getroffen werden.

²⁶ Swiss National COVID-19 Science Task Force (2021): [The double burden of operating near intensive care saturation in Switzerland](https://scienctaskforce.ch/en/policy-brief/the-double-burden-of-operating-near-intensive-care-saturation-in-switzerland/) <https://scienctaskforce.ch/en/policy-brief/the-double-burden-of-operating-near-intensive-care-saturation-in-switzerland/> [abgerufen am 21. Februar 2021]

3 Fazit

Im Auftrag der SGK-SR wurden die finanziellen Auswirkungen der Pandemie auf die verschiedenen Kostenträger im Gesundheitswesen untersucht und eine erste Auslegeordnung erstellt. Im Gesundheitswesen ist ein Grossteil der Akteure betroffen. Ausserdem fallen neue Kostenpositionen an, welche nur bedingt eine stringente Abgrenzung zum bisherigen definitorischen Verständnis des Begriffs Gesundheitskosten zulassen. Da die Pandemie noch andauert, sind viele der benötigten Informationen und Daten zur Beantwortung des Postulats erst zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt verfügbar, so dass zurzeit nur limitiert quantitative Aussagen gemacht werden können. Die Frage nach den durch die Pandemie verursachten Kosten im Gesundheitswesen kann erst dann abschliessend beantwortet werden, wenn die Pandemie beendet ist, die notwendigen Daten gesammelt und ausgewertet sind.

Der Bundesrat betrachtet es deshalb als verfrüht, auf dieser Basis weitreichende Entscheidungen zu treffen. Die Unsicherheiten sind zu gross, um sämtliche finanziellen Auswirkungen für das ganze Gesundheitswesen abschätzen zu können. Vor dem Hintergrund der steigenden Gesundheitskosten und den aktuellen Arbeiten des Bundes im Bereich der Kostendämpfung, ist es jedoch auch dem Bundesrat ein wichtiges Anliegen, die pandemiebedingten Kosten im Gesundheitswesen vertieft zu analysieren. Deshalb möchte der Bundesrat in einem nächsten Schritt - aufbauend auf diesem Bericht - einen umfassenden Folgebericht erarbeiten. Neben den bereits verfügbaren Sekundärdaten sollen wo nötig zusätzliche Zahlen bei Versicherern und Kantonen erhoben werden, um ein möglichst differenziertes Bild zu erhalten. Der genaue Zeitplan wird allerdings stark vom weiteren Verlauf der Pandemie sowie der Verfügbarkeit der entsprechenden Daten geprägt sein. Bis spätestens Ende 2022 wird ein weiterer Bericht zu den durch die Pandemie verursachten Gesundheitskosten erstellt.