

Erste Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) zur Revision des Epidemiengesetzes (EpG)

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Schlussbericht
Zürich, 15. Mai 2023

Anna Vettori, Kosta Shatrov, Thomas von Stokar

Impressum

Erste Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) zur Revision des Epidemiengesetzes (EpG)

Zürich, 15. Mai 2023

b3747_RevEpG RFA - Schlussbericht_final_230515.docx

Auftraggeber

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Schwarzenburgstrasse 157

3003 Bern

Schweiz

Projektleitung und wissenschaftliche Begleitung im BAG

Karin Wäfler, BAG (Co-Projektleiterin)

Mike Schüpbach, BAG (Co-Projektleiter)

Cornelia Stadter, BAG (Projektmitarbeiterin)

Autorinnen und Autoren

Anna Vettori, Kosta Shatrov, Thomas von Stokar (Gesamtprojektleitung)

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95

info@infras.ch

Projekteckpunkte

Vertrags-Id / Aktenzeichen: 142004701 / 331-308/45/1

Laufzeit der vorliegenden Regulierungsfolgenabschätzung: 1.6.2022-31.3.2023

Datenerhebungsperiode: September 2022 bis November 2022, Januar 2023 bis Februar 2023

Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Inhalt

Zusammenfassung	5
Ziel und Methodik	5
Untersuchungsgegenstand	5
Ergebnisse	6
Beurteilung	11
1. Einleitung	16
1.1. Ausgangslage	16
1.2. Auftrag	16
1.3. Methodisches Vorgehen	17
1.4. Aufbau des Berichts	18
2. Untersuchungsgegenstand	19
2.1. Zu untersuchende Themen und Massnahmen	19
2.2. Alternativen	21
3. Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns	23
3.1. Handlungsbedarf und Handlungsziele	23
3.2. Einschätzungen der Akteure	24
3.3. Zwischenfazit	25
4. Auswirkungen auf die betroffenen Akteure	27
4.1. Antibiotikaresistenzen und HAI: Verpflichtung der Spitäler zur Zusammenarbeit mit nationalem Kompetenzzentrum	27
4.2. Antibiotikaresistenzen und HAI: Verbindliche Teilnahme der Spitäler an Surveillance-Programmen	31
4.3. Antibiotikaresistenzen und HAI: Meldepflicht von Antibiotikaverbrauch für stationäre und ambulante Leistungserbringer	34
4.4. Antibiotikaresistenzen und HAI: Verpflichtung zur Durchführung von Screenings	39
4.5. Antibiotikaresistenzen und HAI: Verpflichtung zur Umsetzung von Antibiotic Stewardship-Programmen	43

4.6.	Entschädigungsregelung: Finanzhilfen für die Wirtschaft und Übernahme der Kosten für pandemiebedingte Mehrausgaben/Mindereinnahmen bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen _____	46
4.7.	Neuregelung der Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln _____	56
4.8.	Impfungen: Zusätzliche Informationspflichten für Gesundheitsfachpersonen und Arbeitgeber _____	64
4.9.	Überwachung: Meldepflicht für Gesundheitseinrichtungen bzgl. Kapazitäten _____	67
	Anhang _____	72
	A1) Befragte Akteure _____	72
	A2) Gesprächsleitfaden _____	74
	Tabellenverzeichnis _____	81
	Abkürzungsverzeichnis _____	82
	Literatur _____	83

Zusammenfassung

Ziel und Methodik

Die Erfahrungen aus dem Vollzug und aus der Covid-19-Krise haben beim Epidemiengesetz (EpG) einen Revisionsbedarf zu Tage gebracht. Deshalb hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) im Juni 2020 beauftragt, eine Revision des EpG vorzubereiten. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat in der Folge ein entsprechendes Revisionsprojekt in Angriff genommen. Teil der Revisionsarbeiten bildet auch eine Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) zu ausgewählten möglichen Massnahmen. Das BAG hat INFRAS im Mai 2023 beauftragt, eine erste RFA durchzuführen. Ziel dieser RFA ist es, fachlich fundierte Informationen für die aktuell laufenden Revisionsarbeiten zu gewinnen und die Kosten und den Nutzen ausgewählter möglicher Revisionsinhalte ins Verhältnis zu setzen. Den konzeptionellen Rahmen für das methodische Vorgehen bildet die RFA-Methodik des SECO. Die RFA wurde zwischen Mai 2022 und April 2023 erstellt und basiert auf Dokumentenanalysen, 35 Gesprächen mit Fachleuten von Seiten Bund, Kantonen, Leistungserbringern, Versicherern und weiteren betroffenen Akteuren, sowie einem Workshop mit VertreterInnen des Bundes und der Kantone.

Untersuchungsgegenstand

Im Rahmen der RFA wurden zehn Massnahmen untersucht, die Gegenstand der Revision EpG sein könnten (siehe Tabelle 1). Die Wirkungsanalyse fokussierte dabei gemäss RFA-Methodik auf die Prüfpunkte «Auswirkungen auf die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen und die Gesamtwirtschaft».

Tabelle 1: In der RFA untersuchte Massnahmen

Thema	Massnahme
Antibiotikaresistenz, therapieassoziierte Infektionen (HAI)	(1) Verpflichtung der Spitäler zur Zusammenarbeit mit dem nationalen Kompetenzzentrum (2) Verbindliche Teilnahme von Spitälern an Surveillance-Programmen von healthcare-assoziierten Infektionen (3) Meldepflicht des Antibiotikaverbrauchs im stationären und allenfalls ambulanten Bereich an externe Stelle (4) Verpflichtung von Spitälern, Kliniken und anderen Institutionen des Gesundheitswesens zu Screenings von PatientInnen bezüglich spezifischer Krankheitserreger (5) Verpflichtung von Spitälern, Kliniken und anderen Institutionen des Gesundheitswesens zur Umsetzung von Antibiotic Stewardship Programmen

Thema	Massnahme
Entschädigungsregelung	(6) Entschädigungen / Finanzhilfen aufgrund staatlicher Massnahmen der Krankheitsbekämpfung für wirtschaftliche Branchen bei Erwerbsausfällen für Selbstständige und Angestellte, Liquiditätshilfen für Unternehmen und Härtefallmassnahmen in der besonderen und ausserordentlichen Lage (7) Übernahme der Kosten für pandemiebedingte Mehrausgaben/Mindereinnahmen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen
Finanzierung	(8) Neuregelung der Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln in Situationen einer besonderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch übertragbare Krankheiten (Kostenaufteilung auf verschiedene Träger, Massnahmen zur Verringerung der Anforderungen an die Kostenübernahme)
Impfungen	(9) Zusätzliche Informationspflichten von Gesundheitsfachpersonen (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Arbeitgeber etc.) und Pflichten für Arbeitgeber bezüglich Impfungen
Überwachung	(11) Meldepflicht der Gesundheitseinrichtungen an Bund und Kantone bezüglich Kapazitäten (Spitalbelegungen, Intensivpflegestation (IPS), Transport, Personal etc.) bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit

Die Massnahme (10) «Persönlicher elektronischer Impfnachweis» soll im Rahmen des elektronischen Patientendossiers umgesetzt werden, sie wird hier deshalb nicht mehr aufgeführt.

Tabelle INFRAS.

Ergebnisse

Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse aus der Wirkungsanalyse und die Beurteilung aus Sicht von INFRAS. Die erwarteten Kosten und Nutzen der Massnahmen basieren auf den Informationen und Einschätzungen der befragten Akteure und den Dokumenten- und Datenanalysen. Sie stellen die Kosten und Nutzen dar im Vergleich zur heutigen Situation ohne Änderungen des bisherigen Rechts (Referenzszenario). Sie zeigen somit Kosten und Nutzen, die im Vergleich zu heute **zusätzlich** anfallen:

- Die «*Erwarteten Zusatzkosten für Unternehmen, Drittorganisationen und öffentliche Hand*» geben die erwartbaren einmaligen und wiederkehrenden Kosten (Personalkosten, Investitionskosten etc.) wieder, die aufgrund der Neuregelungen und Verpflichtungen bei den Unternehmen (insbesondere bei den Leistungserbringern) und bei allfälligen bundesexternen Organisationen (wie z.B. ANRESIS) anfallen könnten. Die Kosten der öffentlichen Hand bilden die zu erwartenden finanziellen Auswirkungen auf den Bund und die Kantone ab.
- Die «*Erwarteten Nutzen der Massnahmen*» umfassen die erwarteten positiven Auswirkungen der Neuregelungen auf die öffentliche Gesundheit und die Stabilität der Gesamtwirtschaft.

Basierend auf den erwartbaren Kosten und Nutzen erfolgt eine grobe Beurteilung der Massnahmen aus Sicht von INFRAS. Die Spalte «*Wirksamkeit und Kosten-Nutzen*» in der Tabelle zeigt, inwieweit bzw. unter welchen Voraussetzungen die Massnahme wirksam sein könnte

und damit dazu beitragen könnte, das Ziel, die öffentliche Gesundheit zu schützen, zu erreichen. Der Vergleich von Kosten-Nutzen enthält eine erste grobe Beurteilung der Effizienz der Massnahmen. Die Beurteilung ist nur im Sinne einer Tendenzaussage möglich. Eine genauere oder abschliessende Einschätzung ist wegen der Grenzen der Untersuchung nicht möglich, u.a. weil die Ausgestaltung noch unklar bzw. noch nicht definitiv ist.

Tabelle 2: Ergebnisse Wirkungsanalyse (basierend auf Gesprächen mit Akteuren und Dokumenten-/Datenanalysen) und Beurteilung Zielerreichung und Kosten-Nutzen aus Sicht von INFRAS

Akteur/Aufgabe	Erwartete Zusatzkosten für Unternehmen, Drittororganisationen und öffentliche Hand (Schätzungen basierend auf Angaben der Akteure)	Erwarteter Nutzen (basierend auf Angaben der Akteure)	Wirksamkeit (inkl. Voraussetzungen) und Vergleich Kosten-Nutzen (Beurteilung aus Sicht INFRAS)
1) Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit nationalem Kompetenzzentrum			
Spitäler: Bei HAI-Ausbruch liefern betroffene Spitäler Daten/Proben an nationales Kompetenzzentrum	ca. 1 Mio. CHF bei nationalem Ausbruch (wenn mehrere Spitäler betroffen)	Nutzen gegeben, weil nationale/regionale HAI-Ausbrüche schneller eingedämmt	Wirksamkeit gegeben (Spitäler halten Verpflichtung ein, wenn Aufwand Spitäler vergütet wird)
Bund: betreibt Kompetenzzentrum, finanziert Expertenpool	ca. 0.7 Mio. CHF/a		Kosten-Nutzen: tendenziell positiv
2) Verbindliche Teilnahme an Surveillance-Programmen			
Spitäler: installieren und betreiben neu ein Überwachungssystem, erfassen und überwachen HAI Anzahl betroffene Spitäler nicht eruiierbar, Annahme: ca. 150 Spitäler betroffen	Einmalige Kosten für Installation bei betroffenen Spitälern: 7.5 Mio. CHF bis weit über 10 Mio. CHF Wiederkehrend für Betrieb: 1.5 Mio. CHF bis weit über 10 Mio. CHF/a Sehr grosse Bandbreite bei den Kosten, weil unterschiedliche Expertenangaben	Nutzen gegeben, weil Verhinderung von schweren HAI-Ausbrüchen	Wirksamkeit gegeben (Spitäler halten Verpflichtung ein, wenn Aufwand Spitäler vergütet wird) Kosten-Nutzen: tendenziell positiv

Akteur/Aufgabe	Erwartete Zusatzkosten für Unternehmen, Dritorganisationen und öffentliche Hand (Schätzungen basierend auf Angaben der Akteure)	Erwarteter Nutzen (basierend auf Angaben der Akteure)	Wirksamkeit (inkl. Voraussetzungen) und Vergleich Kosten-Nutzen (Beurteilung aus Sicht INFRAS)
3) Meldepflicht Antibiotikaverbrauch			
Spitäler: definieren Schnittstellen, erfassen Verbrauchsdaten und übermitteln Daten an externe Stelle, entweder automatisiert über Schnittstelle oder manuell	Einmalige Kosten für Schnittstelle: bis 1 Mio. CHF (keine wiederkehrenden Kosten, da automatisierte Übermittlung)	Widersprüchliche Aussagen zum Nutzen: Nutzen potenziell gegeben, da heute freiwillig Daten geliefert werden	Wirksamkeit unsicher, weil widersprüchliche Aussagen zum Nutzen Kosten-Nutzen aber vertretbar, weil Kosten überschaubar
Ca. 100 Spitäler betroffen	Oder, falls weiterhin manuelle Meldung: Wiederkehrende Kosten für manuelle Meldungen (unter Annahme 1 Mio. Meldungen pro Jahr): ca. 5 Mio. CHF/a (mit Digitalisierung sinkend)	versus Verbrauch von Reserveantibiotika evtl. aussagekräftiger als Verbrauchsdaten von jeglichen Antibiotika	Kosten-Nutzen verbessert sich dank sinkender Kosten bei von Digitalisierung
ANRESIS ¹ : Datenbank pflegen, Daten auswerten	Einmalig für Schnittstellen: bis 500 kCHF Wiederkehrend für Datenbank, Auswertungen: bis 200 kCHF/a		
4) Verpflichtung zur Durchführung von Screenings			
Spitäler: screenen PatientInnen auf spezifische Krankheitserreger	Wiederkehrende Kosten unter Annahme von zusätzlich ca. 10'000 Screenings pro Jahr: bis zu 3 Mio. CHF/a	Nutzen gegeben, weil Schutz vor schweren Infektionen und Vermeidung von damit verbundenen Kosten	Wirksamkeit gegeben, (Spitäler halten Verpflichtung ein, wenn Aufwand Spitäler vergütet und Stichkontrollen durchgeführt werden)
Anzahl zusätzlicher Screenings nicht eruierbar, Annahme: zusätzlich 10'000 Screenings/Jahr			
Nationales Kompetenzzentrum: entwickelt Testdiagnostik bei neuen Erregern	bis 200 kCHF pro neuem Erreger		Kosten-Nutzen: tendenziell positiv

¹ Externe Stelle, bei der Verbrauchsdaten gemeldet würden.

Akteur/Aufgabe	Erwartete Zusatzkosten für Unternehmen, Drittor- ganisationen und öffentli- che Hand (Schätzungen basierend auf Angaben der Akteure)	Erwarteter Nutzen (basierend auf Anga- ben der Akteure)	Wirksamkeit (inkl. Voraus- setzungen) und Vergleich Kosten-Nutzen (Beurteilung aus Sicht INF- RAS)
5) Verpflichtung zur Umsetzung von Antibiotic Stewardship-Programmen			
Spitäler: setzen Programme zum sachgemässen Einsatz von Antibiotika um, bilden Antibiotic Stewardship-Teams	17.5 Mio. CHF/a für Um- setzung durch 100 Spitäler bis 4.4 Mio. CHF/a für Un- terstützung von 20-40 Spi- tälern durch grössere Re- ferenzspitäler	Nutzen gegeben Schwellenwertüberle- gung: Kosten für Um- setzung bereits durch wenige vermiedene Todesfälle infolge von Antibiotikaresisten- zen kompensiert	Wirksamkeit gegeben (Spi- täter halten Verpflichtung ein, wenn Aufwand Spitäler vergütet wird) Evtl. Audits anstelle von Verpflichtung für Stewards- hip-Programme Kosten-Nutzen tendenziell positiv
Anzahl betroffene Spitäler ca. 120-140			
6) Entschädigungsregelung			
Bund: finanziert Finanzhilfen wie Erwerbsausfallentschädigungen und Überbrückungskredite	Kosten tendenziell sehr hoch, abhängig von Aus- mass Epidemie und Mass- nahmen zur Krankheitsbe- kämpfung	Nutzen gegeben, da sonst hohe Opportu- nitätskosten (Be- triebsschliessungen und Entlassungen)	Wirksamkeit gegeben, wenn Entschädigungen an Bedingungen geknüpft wer- den
Kantone: finanzieren Härtefallun- terstützung	In COVID-Krise: ca. 19 Mrd. CHF für Finanzhilfen	Notwendigkeit der Regelung umstritten, ebenso ob Regelung in EpG oder in ande- rem Gesetz, daher nicht beurteilbar	Kosten-Nutzen: nicht beur- teilbar, weil unterschiedli- che Aussagen zur Notwen- digkeit der Massnahme
Unternehmen: beantragen Fi- nanzhilfen, erhalten Erwerbsaus- fallentschädigungen, Härtefallun- terstützungen, Überbrückungs- kredite	Kosten KMU für Antrag: durchschnittlich 1-2 Tage		

Akteur/Aufgabe	Erwartete Zusatzkosten für Unternehmen, Dritorganisationen und öffentliche Hand (Schätzungen basierend auf Angaben der Akteure)	Erwarteter Nutzen (basierend auf Angaben der Akteure)	Wirksamkeit (inkl. Voraussetzungen) und Vergleich Kosten-Nutzen (Beurteilung aus Sicht INFRAS)
7) Übernahme der Kosten für pandemiebedingte Mehrausgaben/Mindereinnahmen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen			
Bund und Kantone: finanzieren Mehrausgaben der Leistungserbringer im Gesundheitswesen	Kosten tendenziell sehr hoch, abhängig von Ereignis In COVID-Krise: ca. 8 Mrd. für Mehrausgaben der Leistungserbringer	Nutzen gegeben, da sonst hohe Opportunitätskosten (Defizite bei Spitälern, Spitalschliessungen)	Wirksamkeit gegeben, wenn Entschädigungen an Bedingungen geknüpft werden Kosten-Nutzen: tendenziell positiv
Alternative: Versicherer finanzieren Mehrausgaben der Leistungserbringer im Gesundheitswesen	Wenn 8 Mrd. Entschädigung, dann Prämienerrhöhung um ca. 24%		
Spitäler: erhalten Mehrausgaben entschädigt	In COVID-Krise: ca. 8 Mrd. für Mehrausgaben erhalten		
Minderausgaben wurden nicht entschädigt			
8) Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln			
Bund: finanziert Testkosten, beschafft Impfstoffe und Arzneimittel, finanziert Impfleistung	Kosten nicht bezifferbar, da abhängig von Ereignis	Nutzen gegeben, Epidemie wird schneller eingedämmt, wenn	Wirksamkeit gegeben, weil Tests, Impfungen und Arzneimittel frühzeitig zur Verfügung stehen
Kantone: finanzieren Testangebote, Impfzentren	In COVID-Krise: ca. 4 Mrd. CHF für Tests und Impfungen	Tests, Impfungen und Arzneimittel frühzeitig zur Verfügung stehen	Kosten-Nutzen: tendenziell positiv
Versicherer: wickelt Rechnungen ab	In COVID 19-Krise: ca. 300 Mio. CHF		
9) Informationspflichten von Gesundheitsfachpersonen und Arbeitgebern			
Gesundheitsfachpersonen (ÄrztInnen, ApothekerInnen) und Arbeitgeber informieren über Impfungen	Kosten mangels Datengrundlagen und konkreter Ausgestaltung nicht quantifizierbar	Nutzen unklar	Wirksamkeit: nicht einschätzbar Kosten-Nutzen: keine Aussage möglich

Akteur/Aufgabe	Erwartete Zusatzkosten für Unternehmen, Drittor- ganisationen und öffentli- che Hand (Schätzungen basierend auf Angaben der Akteure)	Erwarteter Nutzen (basierend auf Anga- ben der Akteure)	Wirksamkeit (inkl. Voraus- setzungen) und Vergleich Kosten-Nutzen (Beurteilung aus Sicht INF- RAS)
11) Meldepflicht bezüglich Kapazitäten			
Spitäler: Schnittstellen definieren, Daten erfassen, aufbereiten und übermitteln	Einmalige Kosten für Schnittstellen: ca. 3 Mio. CHF	Nutzen gegeben: Opti- male Nutzung der Ressourcen und Ka- pazitäten	Wirksamkeit gegeben, (Spi- täler halten Verpflichtung ein, wenn Aufwand Spitäler vergütet wird)
Anzahl Spitäler mit zusätzlicher Schnittstelle nicht eruierbar, An- nahme: 100 Spitäler benötigen noch Schnittstelle	Wiederkehrende Kosten für manuelle Übermittlung bei Annahme 50 Spitäler: ca. 2 Mio. CHF/a		Kosten-Nutzen: tendenziell positiv
Anzahl Spitäler mit manueller Meldung nicht bekannt, An- nahme: 50 Spitäler (Anzahl infolge fortschreitender Digitalisierung sinkend)			
Bund (KSD): Betrieb, Weiterent- wicklung, Schnittstellen	Einmalige Kosten für An- schlüsse: ca. 300 kCHF		
Noch ca. 10 Anschlüsse notwen- dig	Wiederkehrende Betriebs- kosten: vernachlässigbar		

Die Massnahme (10) «Persönlicher elektronischer Impfnachweis» soll im Rahmen des elektronischen Patientendossiers um-
gesetzt werden, sie wird hier deshalb nicht mehr aufgeführt.

Tabelle INFRAS.

Beurteilung

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Beurteilung aus unserer Sicht:

Tabelle 3: Kosten, Nutzen und Beurteilung

Massnahme	Notwendigkeit	Zusatzkosten Leistungserbringer, Dritte*)	Zusatzkosten öffentliche Hand	Zusatzkosten Versicherer	Nutzen	Wirksamkeit Kosten-Nutzen
1) Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit nationalem Kompetenzzentrum	✓	+	+		✓	✓
2) Verbindliche Teilnahme an Surveillance-Programmen	✓	+ / ++			✓	✓
3) Meldepflicht Antibiotikaverbrauch	✓	+			?	(✓)
4) Verpflichtung zur Durchführung von Screenings	✓	+	+		✓	✓
5) Verpflichtung zur Umsetzung von Antibiotic Stewardship-Programmen	✓	++			✓	✓
6) Entschädigungsregelung	?	n.a.	+++		✓	✓
7) Übernahme der Kosten für pandemiebedingte Mehrausgaben/Mindereinnahmen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen	✓		+++	+++ (**)	✓	✓
8) Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln	✓		+++	+++	✓	✓
9) Informationspflichten von Gesundheitsfachpersonen und Arbeitgebern	✓	n.a.			?	?
11) Meldepflicht bezüglich Kapazitäten	✓	+	+		✓	✓

Die Massnahme (10) «Persönlicher elektronischer Impfnachweis» soll im Rahmen des elektronischen Patientendossiers umgesetzt werden, sie wird hier deshalb nicht mehr aufgeführt.

*) z.B. ANRESIS.

✓ Notwendigkeit/Nutzen/Wirksamkeit gegeben, Kosten-Nutzen tendenziell positiv, (✓) Kosten-Nutzen vertretbar

? Notwendigkeit/Nutzen/Wirksamkeit und Kosten-Nutzen nicht beurteilbar.

+ Kosten bis ca. 10 Mio. CHF, ++ Kosten > 10 Mio. CHF, +++ Kosten > 100 Mio. CHF, Angaben jeweils einmalig, pro Jahr oder pro Ereignis.

n.a. nicht quantifizierbar.

***) Falls nicht von Bund und Kantonen übernommen.

Leere Zellen: nicht relevant.

Nachfolgend wird die Beurteilung ausgeführt:

a) Notwendigkeit des staatlichen Handelns

Notwendigkeit grösstenteils gegeben

Im Diskussionspapier vom September 2022 hält das BAG fest, dass diverse Regelungslücken bestehen. Aus unserer Sicht besteht damit ein Regulierungsversagen und eine theoretische Notwendigkeit, diese Aspekte im EpG zu revidieren oder neu zu regeln. Als fraglich beurteilen wir die Notwendigkeit bei der Entschädigungsregelung und der Meldepflicht zum Antibiotikaverbrauch: Bei der Entschädigungsregelung können wir aufgrund der widersprüchlichen Einschätzung der Akteure nicht abschliessend beurteilen, ob eine Regelung im EpG wirklich notwendig wäre oder ob die bestehenden Finanzierungsinstrumente nicht doch ausreichen würden. Dieser Punkt müsste allenfalls noch vertieft werden. Bei der Meldepflicht des Antibiotikaverbrauchs müsste allenfalls die Alternative einer Meldung der Reserveantibiotika noch vertieft werden.

b) Auswirkungen auf einzelne gesellschaftliche Gruppen (inkl. öffentliche Hand) und die Gesamtwirtschaft

Verpflichtungsmassnahmen mehrheitlich mit positivem Kosten-Nutzen-Verhältnis

Bei den **Massnahmen aus dem Bereich (1) – (5) Antibiotikaresistenzen und therapieassoziierte Infektionen (HAI) und (11) Überwachung** geht es um Regelungen, welche die Leistungserbringer und insbesondere die Spitäler zu neuen Aufgaben verpflichten. Für einen Teil dieser Verpflichtungen sind bei den Akteuren im Vergleich zur heutigen Situation einmalige und/oder wiederkehrende Kosten in der Höhe von insgesamt jeweils einigen wenigen Millionen Franken zu erwarten. Dies betrifft die Verpflichtungen zur Zusammenarbeit mit dem nationalen Kompetenzzentrum, zur Meldung von Antibiotikaverbrauchsdaten, zur Durchführung von Screenings und zur Meldung von Spitalkapazitäten. Unsicherheiten bestehen insofern, als für die Kostenschätzungen teilweise Annahmen getroffen werden mussten (u.a. zur Anzahl betroffener Akteure). Es kann immerhin davon ausgegangen werden, dass die fortschreitende Digitalisierung bei Massnahmen wie der Meldepflicht für Spitalkapazitäten den Aufwand für die betroffenen Spitäler (und allenfalls auch die Pflegeheime) senken wird.

Bei der Verpflichtung zur Umsetzung von Antibiotic Stewardship-Programmen könnten die jährlichen Kosten für die Umsetzung auf Seiten der Spitäler auch gegen 20 Mio. CHF betragen. Bei der Verpflichtung zur Teilnahme an Surveillance-Programmen könnten die einmaligen und wiederkehrenden Kosten für die Spitäler sogar noch höher liegen. Allerdings dürften diese Kosten sehr wahrscheinlich überschätzt sein.

Die Nutzen der Massnahmen liessen sich nicht quantifizieren, sie werden basierend auf den Einschätzungen der Akteure jedoch als gegeben eingestuft, sofern allfällige Voraussetzungen erfüllt werden, (z.B. Entschädigung der Akteure bei den Massnahmen im Bereich Antibiotikaresistenzen und HAI oder Knüpfung der Entschädigungen an gewisse Bedingungen). In der Folge beurteilen wir das Kosten-Nutzen-Verhältnis tendenziell als positiv. Eine Ausnahme bildet die Meldepflicht des Antibiotikaverbrauchs, weil es dazu widersprüchliche Angaben zum Nutzen gab. Angesichts der eher geringen Kosten in der Höhe von wenigen Millionen Franken dürfte der Kosten-Nutzen-Vergleich auch bei geringem Nutzen nicht allzu negativ ausfallen.

Der Vollzug der Massnahmen aus dem Bereich (1) – (5) Antibiotikaresistenzen und therapieassoziierte Infektionen (HAI) und (11) Überwachung liesse sich optimieren, wenn die Finanzierung des Mehraufwands bei den Leistungserbringern geregelt würde. Damit hätten die Akteure einen Anreiz, die Massnahmen auch wirklich umzusetzen. Wenn die Mehrkosten der betroffenen Akteure nicht entschädigt werden, besteht die Gefahr, dass die Massnahmen nicht wirksam umgesetzt werden.

Eine Ausnahme von den vorangehenden Ausführungen bildet die Massnahme **(9) Zusätzlichen Informationspflichten von Gesundheitsfachpersonen** und Arbeitgebern. Bei dieser Massnahme geht es um die Pflicht von ÄrztInnen, ApothekerInnen und ArbeitgeberInnen, ihre Mitarbeitenden über Impfungen zu informieren. Weil die Ausgestaltung (betroffene Akteure, Umfang der Informationspflicht) noch unklar bzw. noch nicht definitiv ist, konnten keine Kosten ermittelt werden. Gemäss Einschätzungen aus den Interviews bleibt der Nutzen unklar. Eine Beurteilung von Kosten und Nutzen dieser Massnahme ist deshalb nicht möglich.

Schätzung der erwarteten Kosten bei Entschädigungsregelung und Finanzierung unsicher

Bei der Massnahme **(6) Entschädigungsregelung** geht es einerseits um Entschädigungen / Finanzhilfen für Unternehmen und Selbständigerwerbende aufgrund staatlicher Massnahmen der Krankheitsbekämpfung und andererseits um die Massnahme **(7) Übernahme der Kosten für pandemiebedingte Mehrausgaben/Mindereinnahmen** bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Eine Vorhersage der Kosten ist hier schwierig, weil die Kosten je nach Bekämpfungsmassnahme und Ausmass der Epidemie variieren können. Wird die Covid-19-Pandemie als Orientierungsgrösse genommen, könnten Kosten in der Höhe von mehreren Milliarden Franken anfallen.

Aufgrund des gesamtwirtschaftlichen Stabilisierungseffekts im Krisenfall und der positiven Effekte auf die Eindämmung einer Epidemie wird das Kosten-Nutzen-Verhältnis dennoch als positiv beurteilt.

Der Nutzen einer vorgängigen Regelung der Entschädigung im EpG liegt darin, dass die betroffenen Betriebe wüssten, dass ihnen geholfen wird, und sie so bessere Planbarkeit erhalten.

Ein negativer Nebeneffekt könnte sein, dass eine vorgängige Regelung den Anreiz der Unternehmen schmälern könnte, für solche Fälle finanzielle Reserven aufzubauen. Dadurch würde ein Teil des unternehmerischen Risikos auf den Staat überwält. Das Ausmass dieser Fehlansätze wird als gering erachtet, wenn Entschädigungen, Finanzhilfen und auch die Finanzierung von pandemiebedingten Mehrausgaben bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen an klare Bedingungen geknüpft werden (z.B. mittelfristige Überlebenschance des Unternehmens ohne Finanzhilfe, Anstrengungen, die ein Unternehmen vor der Krise unternommen hat, etc.).

Bei der Massnahme **(8) Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln** ist eine Vorhersage der Kosten ebenfalls schwierig. Wird die Covid-19-Pandemie als Orientierungsgrösse genommen, könnten Kosten in der Höhe von mehreren Milliarden Franken anfallen. Zu beachten sind allenfalls Verteilungseffekte, wenn die Kosten auf die OKP überwält würden. Eine Überwälzung von einer Milliarde Franken auf die OKP entspräche in etwa einer Prämienhöhung um drei Prozentpunkte.

Unabhängig vom Kostenträger bringt die Massnahme einen Nutzen, weil dadurch ein flächendeckender und niederschwelliger Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung im Epidemienfall ermöglicht würde und die Epidemie dadurch schneller eingedämmt werden kann. Die Kostenverteilung zwischen den einzelnen Kostenträgern spielt insofern eine Rolle, als eine einheitliche Bundeslösung einen schnelleren Zugang ermöglichen würde.

c) Grenzen der Untersuchung

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Gespräche basierend auf Revisionsinhalten mit Stand vom September 2022 geführt wurden. Zur Ausgestaltung der Neuregelungen waren zum damaligen Zeitpunkt allenfalls wünschbare Stossrichtungen bekannt, viele Akteure haben sich im damaligen Stadium der Revisionsarbeiten schwergetan, konkrete Schätzungen zu Aufwand, Kosten und Nutzen abzugeben. Ausserdem wurden in der Zwischenzeit diverse Revisionsinhalte weiterentwickelt. Hinzu kommt, dass die Kostenschätzungen teilweise auf nur wenigen Expertenaussagen beruhen. Die Ergebnisse sind deshalb mit Unsicherheiten verbunden. Quantifizierte Kosten sind als Grössenordnungen und nicht als exakte Angaben zu verstehen. Vertiefungsbedarf besteht vor allem beim Nutzen der Massnahmen. Dieser konnte bei allen Massnahmen nur pauschal basierend auf qualitativen Einschätzungen der Akteure beurteilt werden.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Das Epidemienengesetz (EpG, SR 818.101) regelt den Schutz der Schweizer Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten. Es bezweckt, den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhüten und bekämpfen und sieht die dazu nötigen Massnahmen vor. Im Nachgang zu SARS und der H1N1-Pandemie wurde das EpG totalrevidiert und am 1. Januar 2016 in Kraft gesetzt. Die Erfahrungen aus dem Vollzug und aus der Covid-19-Krise haben neuerlichen Revisionsbedarf zu Tage gebracht. Als revisionsbedürftig eingestuft werden unter anderem die Bereiche Versorgung mit Heilmitteln und Schutzausrüstungen, Datenmanagement, Informationsübermittlung und Datenschutz sowie die Kompetenzaufteilung Bund / Kantone, organisationsrechtliche Aspekte und die institutionelle Zusammenarbeit. Hinzu kommt, dass verschiedene Stellen im EpG präzisiert und justiert und Bestimmungen des Covid-19-Gesetzes in das EpG überführt werden müssten.

Im Juni 2020 hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, die Revisionsarbeiten für das EpG an die Hand zu nehmen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat ein entsprechendes Revisionsprojekt in Angriff genommen und will bis Mitte 2023 unter Einbezug der Kantone und relevanter Stakeholder eine Vernehmlassungsvorlage zur Revision des EpG ausarbeiten. Als Unterstützung für die laufenden Revisionsarbeiten hat das BAG INFRAS mit einer ersten Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) über die ökonomischen Auswirkungen ausgewählter Revisionsinhalte beauftragt.

1.2. Auftrag

Ziel der RFA ist es, fachlich fundierte Informationen für die aktuell laufenden Revisionsarbeiten zu gewinnen und die Kosten und den Nutzen ausgewählter Revisionsinhalte ins Verhältnis zu setzen. Diese erste RFA holt die vorläufigen Einschätzungen eines breiten Akteurkreises über den aktuellen Stand der angedachten Neuregelungen ein. Ausserdem werden mögliche Fehlansätze sowie Alternativen zu den aktuellen Revisionsvorschlägen aufgezeigt. Die Studienergebnisse fliessen zum einen in die laufenden Arbeiten des BAG ein und dienen zum anderen als Referenz für Bundesratsanträge, den erläuternden Bericht für die Vernehmlassung sowie für die Botschaft zum revidierten EpG.

1.3. Methodisches Vorgehen

Den konzeptionellen Rahmen für das methodische Vorgehen bildet die RFA-Methodik des SECO.² Die RFA untersucht in der Regel fünf Prüfpunkte,³ die vorliegende RFA fokussiert auf die Analyse der Auswirkungen und da insbesondere auf die Kostenfolgen. Die Wirkungen der Revisionsinhalte werden in Vergleich gesetzt zur Situation ohne Änderungen des bisherigen Rechts (Referenzszenario).

Für die Bearbeitung der Fragestellungen des Auftrags und die Datenerhebung haben wir Dokumentenanalysen, Interviews mit betroffenen Akteurguppen und einen Workshop durchgeführt. Die Auswertung erfolgt qualitativ und wo möglich semi-quantitativ.

Dokumenten- und Datenanalysen

Im Rahmen der Dokumenten- und Datenanalyse wurden bestehende Studien und statistische Quellen zu den Wirkungen und zu den Kosten und Nutzen der untersuchten Themen ausgewertet. Einige der befragten Akteure haben weitere Unterlagen zur Verfügung gestellt. Die für die Analyse verwendeten Dokumente sind im Literaturverzeichnis aufgeführt.

Interviews

Als Grundlage für die Wirkungsanalyse haben wir 28 Interviews mit den von den Massnahmen betroffenen Akteurguppen geführt. Eine Liste der befragten Akteure findet sich im Anhang (siehe Anhang). Die Interviews erfolgten entlang eines semi-strukturierten Interviewleitfadens (siehe Anhang), sie haben im September und Oktober 2022 stattgefunden. Sie wurden virtuell durchgeführt, zusammenfassend protokolliert und qualitativ ausgewertet. Gegenstand der Gespräche waren insbesondere

- die Auswirkungen der EpG-Teilrevision auf die betroffenen Akteure,
- Kosten und Nutzen der Revisionsvorschläge in Hinblick auf die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und
- die Ermittlung möglicher Fehlanreize und Alternativen.

Um die Kosten potenzieller Massnahmen in Bereichen therapieassoziierte Infektionen (HAI)/Antibiotikaresistenz und Überwachung besser abschätzen zu können, haben wir ausser-

² Siehe WBF 2022a und WBF 2022b.

³ 1. Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns, 2. Alternative Regelungen, 3. Auswirkungen auf die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen, 4. Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft, 5. Zweckmässigkeit im Vollzug.

dem sieben Gespräche mit einzelnen Spitälern geführt (angefragt wurden elf Spitäler). Basierend auf den erfassten Angaben wurden einfache Hochrechnungen zu den Kosten durchgeführt.

Workshop

Nach Vorliegen des Zwischenberichts wurde am 23. Januar 2023 ein Workshop mit FachexpertInnen des BAG, des SECO und der GDK durchgeführt.

Grenzen der Untersuchung

Für die Gespräche mit den Akteuren im September/Oktober 2022 haben wir uns im Wesentlichen auf die Empfehlungen des BAG vom September 2022 (BAG 2022) abgestützt. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind folgende Punkte zu beachten:

- In der Zwischenzeit wurden diverse Revisionsinhalte weiterentwickelt. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die heutige Einschätzung der Akteure von den damals geäusserten Einschätzungen abweichen kann.
- Aufgrund der noch laufenden Revisionsarbeiten waren in Bezug auf die konkrete Ausgestaltung der Neuregelungen zum damaligen Zeitpunkt allenfalls wünschbare Stossrichtungen bekannt.
- Viele Akteure haben sich im damaligen Stadium der Revisionsarbeiten schwergetan, konkrete Schätzungen zu Aufwand, Kosten und Nutzen abzugeben. Gerade Leistungserbringer haben Aufwand und Kosten teilweise sehr unterschiedlich eingeschätzt. Bei den Leistungserbringern haben wir ausserdem teilweise nur vereinzelt Angaben erhalten. Wie immer bei einer prospektiven Analyse sind diese Angaben mit Unsicherheiten verbunden, weil eben die Ausgestaltung noch nicht geklärt ist. Allfällige monetäre Ergebnisse sind denn auch als Grössenordnungen und nicht als exakte Angaben zu verstehen. Relevante Unsicherheiten und Wissenslücken sind bei den einzelnen Themen explizit aufgeführt.

1.4. Aufbau des Berichts

Im nachfolgenden Kapitel 2 wird als Erstes der Untersuchungsgegenstand definiert. Kapitel 3 zeigt sodann, welche Alternativen möglicherweise zu den aktuellen Revisionsinhalten infrage kämen. Die Analyse in Kapitel 4 zeigt die Auswirkungen der Revisionsvorschläge auf einzelne gesellschaftliche Gruppen (u.a. auf die Leistungserbringer, Versicherer und die öffentliche Hand). Die ausführliche Synthese und Beurteilung der Ergebnisse erfolgt in der Zusammenfassung, weshalb auf ein separates Synthesekapitel am Schluss des Berichts verzichtet wird.

2. Untersuchungsgegenstand

2.1. Zu untersuchende Themen und Massnahmen

Gegenstand der vorliegenden RFA sind elf Massnahmen aus fünf ausgewählten Revisionsthemen. Die Auswahl der Themen erfolgte durch das BAG, basierend auf einer Relevanzanalyse: Durch die Auswertung von politischen Vorstössen, Evaluationen und weiteren Studien und auch in einer Reihe von Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern des Schweizer Gesundheitswesens hat das BAG insgesamt über 700 Anpassungsvorschläge festgehalten und erarbeitet. Diese wurden anschliessend durch INFRAS und das BAG ausgewertet und priorisiert. Schliesslich wurden die wichtigsten Massnahmen in elf Themenschwerpunkte kategorisiert, wovon fünf im Rahmen dieser RFA untersucht werden.⁴

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die in der RFA untersuchten elf Massnahmen – unterteilt in die insgesamt fünf Themenschwerpunkte. Die Formulierung der Massnahmen entspricht den vom BAG im Sept. 2022 erarbeiteten Empfehlungen zu den Revisionsinhalten.⁵

Tabelle 4: Die fünf Themenschwerpunkte der RFA und die dazugehörigen Anpassungsvorschläge

Themenschwerpunkt	Empfehlungen des BAG <i>Kursiv: in der RFA untersuchte Massnahmen</i>
1) Antibiotikaresistenz, therapieassoziierte Infektionen (HAI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einrichtung und Betrieb eines nationalen Kompetenzzentrums für epidemiologische Untersuchungen von healthcare-assoziierten Ausbrüchen: Im EpG sollen die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden für den Aufbau und den Betrieb eines nationalen Kompetenzzentrums für epidemiologische Untersuchungen von healthcare-assoziierten Ausbrüchen, die mehrere Kantone betreffen. U.a. sollen folgende Aspekte geregelt werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das BAG kann ein nationales Kompetenzzentrum mit der epidemiologischen Untersuchung von healthcare-assoziierten Ausbrüchen beauftragen, inklusive Delegation an eine externe Organisation und langfristige Finanzierung dieser Aufgabe. ▪ Die Spitäler sollen zur (1) Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum verpflichtet werden. Für die Mehrkosten, welche den Spitälern durch Ausbruchsuntersuchung und -bekämpfung entstehen, ist eine Entschädigung durch den Bund zu regeln. ▪ Die Rechtsgrundlage für die Rekrutierung von Experten und deren Abgeltung für ausserordentliche Situationen, z.B. Ausbrüche wird in revidierten EpG sichergestellt. ▪ Nationale Überwachung von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI): Im EpG sollen die rechtlichen Grundlagen für den Aufbau und den Betrieb eines nationalen Überwachungssystems für HAI festgelegt werden. U.a. sollen folgende Aspekte geregelt werden:

⁴ Das ursprünglich als sechster Schwerpunkt für die RFA vorgesehene Thema «Versorgung» wird aufgrund von Verzögerungen nicht in dieser RFA untersucht.

⁵ Siehe BAG 2022.

Themenschwerpunkt	Empfehlungen des BAG <i>Kursiv: in der RFA untersuchte Massnahmen</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im EpG ist eine verbindliche Teilnahme der Spitäler an der Überwachung von HAI (2) Surveillance-Programme) bzw. eine entsprechende Meldepflicht zu regeln. ▪ Wirkungsvolle Verhütung und Bekämpfung von HAI (inklusive antibiotikaresistenter Infektionen): Im EpG sollen die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden, damit Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von HAI, inklusive solcher mit (multi-)resistenten Erregern, verbindlich von Institutionen umgesetzt werden. Spitäler, Kliniken und andere Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. Alters- und Pflegeheime, ambulante Leistungserbringer) sollen u.a. dazu verpflichtet werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ (3) Screenings von Patientinnen und Patienten bezüglich spezifischer Krankheitserreger gemäss nationalen und lokalen Leitlinien durchzuführen. ▪ Wirkungsvolle Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen: Im EpG sollen die Spitäler zur Umsetzung von Mindestanforderungen zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen verpflichtet werden. Insbesondere sollen Spitäler, Kliniken und andere Institutionen des Gesundheitswesens dazu verpflichtet werden können, Programme zum sachgemässen Einsatz von Antibiotika (4) Antibiotic Stewardship Programme) gemäss nationalen Empfehlungen umzusetzen. ▪ Nationale Überwachung des Antibiotikaverbrauchs: Im EpG ist die gesetzliche Grundlage für eine zentrale Erfassung und Auswertung von Antibiotika-Verschreibungsdaten im stationären und allenfalls ambulanten Bereich durch externe Stellen zu schaffen. Eine entsprechende (5) Meldepflicht des Antibiotikaverbrauchs an die zuständige Stelle soll ebenfalls im EpG verankert werden.
2) Entschädigungsregelung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entschädigungen / Finanzhilfen aufgrund staatlicher Massnahmen der Krankheitsbekämpfung für wirtschaftliche Branchen: In einem spezifischen Bundesgesetz soll eine gesetzliche Regelung zu (6) Entschädigungen / Finanzhilfen für wirtschaftliche Branchen verankert werden, die aufgrund staatlicher Massnahmen der Krankheitsbekämpfung einen Schaden erleiden. Dabei sollen u.a. die Entschädigung bei Erwerbsausfällen für Selbstständige und Angestellte, Liquiditätshilfen für Unternehmen und Härtefallmassnahmen in der besonderen und ausserordentlichen Lage geregelt werden. Im Rahmen der Konkretisierung dieser Stossrichtung ist zu klären, ob allfällige Entschädigungsregelungen bzw. Finanzhilfen nur für den Pandemiefall im EpG oder genereller in einem anderen Gesetz geregelt werden sollen. Es ist zudem zu prüfen, inwieweit eine Kompetenzdelegation an den Bundesrat vorgesehen werden kann und wie die Kosten zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt werden sollen. ▪ (7) Entschädigung von pandemiebedingten Mehrausgaben/Mindereinnahmen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen⁶: Übernahme der Kosten für pandemiebedingte Mehrausgaben/Mindereinnahmen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen.

⁶ Die Entschädigung von pandemiebedingten Mehrausgaben ist im Diskussionspapier vom Sept. 2022 nicht weiter ausgeführt. Sie wurde als zusätzliche Massnahme für die RFA vorgegeben.

Themenschwerpunkt	Empfehlungen des BAG <i>Kursiv: in der RFA untersuchte Massnahmen</i>
3) Finanzierung	Neuregelung Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln: Die (8) Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln soll in EpG und KVG im Hinblick auf Situationen einer besonderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch übertragbare Krankheiten neu geregelt werden. Dabei soll zum einen geregelt werden, wer die Kosten für Tests, Impfungen und Arzneimittel (Kostenaufteilung auf verschiedene Träger) übernimmt. Zum anderen sollen auch Massnahmen zur Verringerung der Anforderungen an die Kostenübernahme geprüft werden.
4) Impfungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung von Impfungen: Der Bund soll im EpG zusätzliche Kompetenzen im Bereich der Impfförderung erhalten, um den niederschweligen Zugang zu Impfungen v.a. für Erwachsene sicherzustellen. Im EpG sollen zusätzliche (9) Informationspflichten von Gesundheitsfachpersonen (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Arbeitgeber etc.) bezüglich Impfungen verankert werden; im Arbeitsgesetz sollen entsprechende Pflichten für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber festgehalten werden. ▪ Persönlichen elektronischen Impfnachweis ermöglichen: Im EpG soll die gesetzliche Grundlage für einen persönlichen (10) elektronischen Impfnachweis geschaffen werden. Dabei sind Synergien mit und die Schnittstellen zum Elektronischen Patientendossier zu berücksichtigen.
5) Überwachung	Meldepflicht bzgl. Kapazitäten von Gesundheitseinrichtungen: Im EpG soll eine (11) Meldepflicht der Gesundheitseinrichtungen an Bund und Kantone bezüglich Kapazitäten (Spitalbelegungen, IPS, Transport, Personal etc.) bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit sowie die Möglichkeit der Nutzung jener Daten zu Forschungszwecken vorgesehen werden.

Tabelle INFRAS. Quelle: BAG 2022.

2.2. Alternativen

Die Teilrevision des EpG zielt darauf ab, den Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten zu verbessern. Dafür sollen unter anderem die Überwachung von Krankheitserregern, die Vergütung unterschiedlicher Präventionsmassnahmen und die überregionale Koordination von Ressourcen im Gesundheitswesen gestärkt werden.

Gemäss RFA-Methodik sind neben den vorgeschlagenen Massnahmen auch gleichwertige alternative Handlungsoptionen zu prüfen und deren Auswirkungen zu analysieren.⁷ Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über mögliche Alternativen, die wir zu Beginn der Arbeiten zusammengetragen haben. Von Seiten der Interviewpartner haben wir zu einem Teil der Alternativen Rückmeldungen erhalten. Vereinzelt wurden auch weitere Alternativen eingebracht. Die Einschätzungen der Akteure zu den Alternativen sind in den jeweiligen Kapiteln der Wirkungsanalyse ausgeführt.

⁷ Gemäss RFA-Handbuch sind in einem frühen Stadium des Rechtssetzungsprozesses folgende Alternativen denkbar: Beibehaltung Status Quo, Informationsinstrumente, verhaltensökonomische Instrumente, private Initiativen und freiwillige Massnahmen, Selbstregulierung und partnerschaftliche Instrumente, wirtschaftliche Anreize und verbindliche Vorgaben bzw. Handlungspflichten.

Tabelle 5: Alternativen zu den vorgeschlagenen Massnahmen

Thema	Massnahme	Mögliche Alternative
Antibiotikaresistenz und therapie-assoziierten Infektionen (HAI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenbank, Meldepflicht stationärer Bereich ▪ Stewardship-Programme stationärer Bereich⁸ ▪ Screening 	Branchenvereinbarung: Spitäler und weitere betroffene Gesundheitseinrichtungen wie Labors und Praxen vereinbaren, Massnahmen durchzuführen, z.B. Daten melden, Programme und Screenings umsetzen
Entschädigungsregelung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finanzhilfen ▪ Übernahme von Kosten für pandemiebedingte Mehrausgaben/Mindereinnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Status quo vor der Covid-19-Pandemie: Keine zusätzlichen Massnahmen ▪ Szenario Covid-19: ex-post fiskalpolitische Massnahmen zur Abfederung allfälliger wirtschaftlicher Folgen⁹ ▪ Selbstverantwortung der Unternehmen (Business Continuity) ▪ Pandemie-Versicherung
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ F.2 Übernahme der Testkosten ▪ I.9bis Kostenübernahme von Impfungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstbezahlung durch die Versicherten (insbesondere Auswirkungen auf Anzahl Tests, Anreizwirkungen und Verteilungswirkungen)
Impfungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Separater elektronischer Impfnachweis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impfnachweis über elektronisches Patientendossier (EPD) ▪ Status Quo: Papierbasierte Lösung
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Massnahmen zur Impfförderung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Branchenvereinbarung unter Arbeitgebern (vor allem Spitäler und Pflegeheime) zwecks Umsetzung von Massnahmen
Überwachung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meldepflicht der Gesundheitseinrichtungen (Kapazitäten) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Branchenvereinbarung unter Gesundheitseinrichtungen (Spitäler, Heime) zwecks Koordination von Kapazitäten

Tabelle INFRAS. Quelle: <bitte hier eingeben>

⁸ Die Antibiotikastrategie STAR sieht eine Umsetzung vor. Dies hat bislang jedoch noch nicht ausreichend funktioniert.

⁹ Aufgrund der adaptiven Erwartungen der Wirtschaftsakteure würde ex-ante keine Garantie zugesichert.

3. Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns

Gemäss RFA-Handbuch untersucht der Prüfpunkt 1 die zugrundeliegenden Probleme, die verfolgten Ziele sowie den staatlichen Handlungsbedarf und legt diese transparent dar. Das BAG hat die Notwendigkeit des staatlichen Handelns bereits im Diskussionspapier vom Sept. 2022 untersucht und begründet.¹⁰ Wir beschränken uns deshalb darauf, den Prüfpunkt 1 der RFA nur kurz aus regulierungsökonomischer Sicht zu behandeln.

3.1. Handlungsbedarf und Handlungsziele

Der Handlungsbedarf des staatlichen Handelns ist gemäss RFA-Checkliste gegeben, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- überwiegendes öffentliches Interesse, z.B. Schutz der öffentlichen Gesundheit.
- Marktversagen infolge des Vorliegens externer Effekte, asymmetrischer oder unvollkommener Informationen, Marktmacht oder der Übernutzung öffentlicher Güter.
- Regulierungsversagen infolge übermässig negativer Nebenwirkungen oder eines unwirksamen oder kosteneffizienten Vollzugs.

Es sind dies die notwendigen Bedingungen für staatliches Handeln, sie sind aber noch keine ausreichende Begründung. Eine Regulierung ist gerechtfertigt, wenn sie verhältnismässig ist, das öffentliche Interesse erfüllen und ein allfälliges Markt- oder Regulierungsversagen tatsächlich korrigieren kann und zu einem volkswirtschaftlich besseren Ergebnis führt.

Die Erfahrungen der letzten Jahre mit dem Vollzug des EpG und der Covid-19-Pandemie zeigen, dass das überwiegende öffentliche Interesse, die öffentliche Gesundheit zu schützen, unter den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht befriedigt werden kann. Auch externe Effekte in Form von negativen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen einer Epidemie konnten nicht genügend verhindert werden. Aus ökonomischer Sicht besteht damit immer noch ein Markt- bzw. ein Regulierungsversagen. Für das Regulierungsversagen gibt es wohl verschiedene Gründe. Bei der Impfung bspw. sehen wir den Grund bei der mangelhaften Zielerreichung (Durchimpfung) oder bei der Entschädigungsregelung und Finanzierung bei einer mangelhaften Problem- und Zielidentifikation. Bei der Überwachung könnte auch der Aufwand für den Vollzug eine Rolle gespielt haben. Das BAG listet in seinem Diskussionspapier ebenfalls diverse Gründe auf, bei der Entschädigungsregelung bspw. wird die Notwendigkeit einer Neure-

¹⁰ BAG (2022a).

gelung damit begründet, dass das geltende EpG bezüglich der Entschädigung von wirtschaftlichen Branchen, die aufgrund staatlicher Massnahmen der Krankheitsbekämpfung einen Schaden erleiden, nur rudimentäre Regelungen enthält.

Ziel der Teilrevision des EpG ist es, die Rahmenbedingungen für die Bewältigung künftiger Pandemien zu verbessern.¹¹ Damit soll die Schweizer Bevölkerung noch besser vor zukünftigen Bedrohungen durch übertragbare Krankheiten geschützt werden. Zu diesem Zweck sollen u.a. die Überwachung von Krankheitserregern, die Vergütung unterschiedlicher Präventionsmassnahmen und die überregionale Koordination von Ressourcen im Gesundheitswesen gestärkt werden.

3.2. Einschätzungen der Akteure

Aus Sicht der Akteure wird die Notwendigkeit unterschiedlich beurteilt. Es gibt Massnahmen, die unbestritten sind, bspw. die Sicherung der Finanzierung von Aufgaben, die nicht im Rahmen des KVG vergütet werden können. Bei anderen Massnahmen gehen die Ansichten auseinander, inwieweit sie im EpG zu regeln sind, z.B. die Bereitstellung eines elektronischen Impfnachweises. Nachfolgend sind die wichtigsten Einschätzungen zusammengefasst.

Antibiotikaresistenzen und HAI

Handlungsbedarf besteht gemäss den InterviewpartnerInnen u.a. bei der Durchführung von Screenings und der Verschreibung von Antibiotika. Gemäss einigen befragten Leistungserbringern existieren zwar heute schon Richtlinien für den sachgemässen Umgang mit Antibiotika und die Verhütung von HAI. Sie seien allerdings nicht verpflichtend und würden von den Leistungserbringern sehr unterschiedlich und teilweise lückenhaft umgesetzt.

Entschädigungsregelung

Einige Wirtschafts- und alle befragten Behördenvertreter sehen keine Notwendigkeit für eine Entschädigungsregelung. Sie stellen sich auf den Standpunkt, dass die bestehenden Finanzierungsinstrumente (Kurzarbeit, Überbrückungskredite, Erwerbsausfallentschädigung) genügen und gut funktionieren. Die Abfederung der wirtschaftlichen Folgen der Covid-19-Pandemie auf die Wirtschaft sei ein Beweis dafür. Eine ex ante-Regelung solle deshalb nicht im Gesetz verankert werden, weder im EpG noch in einem anderen Gesetz. Die politischen Entscheidungsträger könnten bei Bedarf auch in Zukunft Härtefallmassnahmen beschliessen. Unternehmen, die langfristig überlebensfähig sind und finanzielle Unterstützung benötigen, könnten diese bean-

¹¹ Abgeleitet aus BAG 2022.

tragen und beziehen, z.B. in Form von Kurzarbeitsentschädigungen oder Härtefallgeldern. Daher brauche es diesbezüglich keine Anpassung der einschlägigen Rechtsgrundlagen im Allgemeinen und spezifisch im EpG.

Finanzierung

Aus Sicht einzelner Behördenvertreter braucht es die Neuregelung, weil Lösungen wie während der Covid-19-Pandemie nur funktionieren, wenn der politische Wille vorhanden ist. In der Covid-19-Pandemie habe der Bund die Kosten für die Analysen auf Grundlage der extra verabschiedeten Covid-19-Verordnung übernommen. Es sei nicht garantiert, dass dies bei einer neuen Bedrohung wieder funktioniere. Hinzu komme, dass die übliche Aufnahme von Tests und Medikamenten auf Vergütungslisten (SL, Analysenliste) erfahrungsgemäss mehrere Monate in Anspruch nehmen. In der Zwischenzeit müssten die schutzbedürftigen Personen dann bspw. Tests selbst finanzieren. Schlimmstenfalls könne dies die Betroffenen davon abhalten, Leistungen zu beziehen. Dadurch würde wiederum die Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten begünstigt.

Impfungen

Informationen über die Verfügbarkeit, Nutzen und Risiken von Impfungen sollten nach Ansicht der befragten Leistungserbringer über alle möglichen Kanäle verbreitet und sachgerecht vergütet werden. In diesem Sinn sei es grundsätzlich zweckmässig, die Informationspflichten über eine Ergänzung im EpG zu stärken.

Überwachung

Insbesondere einzelne Leistungserbringer bemängeln, dass die Datenlieferung an den KSD nicht in der für eine repräsentative und aussagekräftige Analyse notwendigen Qualität erfolge.

3.3. Zwischenfazit

Die mangelnde Umsetzung von bestehenden Richtlinien, fehlenden Finanzierungs- und Entschädigungsregelungen und andere Regelungslücken haben deutlich in den letzten Jahren deutlich gemacht, dass das überwiegende öffentliche Interesse, die öffentliche Gesundheit zu schützen, mit dem aktuellen EpG nicht befriedigt werden kann. Die Folgen dieses Regulierungsversagens sind negative Effekte auf die Wirtschaft und die Gesellschaft und insbesondere unnötige Gesundheitskosten. Es bestehen also ein Markt- und Regulierungsversagen und damit eine theoretische Notwendigkeit, diese Aspekte im EpG zu revidieren. Die vorgeschlagenen Revisionsinhalte zielen darauf ab, diese Versagen zu beseitigen.

In der Wirkungsanalyse wird geprüft, ob die vorgeschlagenen Revisionsinhalte dieses Regulierungsversagen korrigieren können. Dabei wird ebenfalls untersucht, ob alternative Handlungsoptionen für die Zielerreichung wirksamer sein könnten.

4. Auswirkungen auf die betroffenen Akteure

In diesem Kapitel werden die antizipierten Auswirkungen sowie die Kosten und Nutzen der ausgewählten Revisionsinhalte aus Sicht der Akteure dargestellt. Im Vordergrund standen dabei vor allem die von den Revisionsinhalten betroffenen Unternehmen und Organisationen sowie Bund und Kantone.

Als Grundlage für die Gespräche mit den Akteuren dienten uns die Empfehlungen des BAG zu den Revisionsinhalten vom 9.9.2022.¹² Die Aussagen und Angaben der Akteure beziehen sich auf diese Inhalte. In der Zwischenzeit wurden die Revisionsinhalte teilweise weiterentwickelt.

Da die konkrete rechtliche Ausgestaltung der Revisionsvorschläge zum Zeitpunkt der Interviews noch nicht bekannt bzw. noch nicht definitiv war, haben wir die InterviewpartnerInnen in den Gesprächen gebeten, auf eine plausible Ausgestaltung abzustützen und ergänzend Zweckmässigkeit, mögliche Fehlanreize und Alternativen¹³ zu kommentieren.

In den Fazits am Ende der Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse kurz zusammengefasst.

4.1. Antibiotikaresistenzen und HAI: Verpflichtung der Spitäler zur Zusammenarbeit mit nationalem Kompetenzzentrum

4.1.1. Ausgangslage

In diesem Abschnitt geht es um die Massnahme «Nationales Kompetenzzentrums für epidemiologische Untersuchungen von HAI-Ausbrüchen». Das BAG hat Swissnoso mit dem Aufbau eines nationalen Kompetenzzentrums für epidemiologische Untersuchungen von interkantonalen healthcare-assoziierten Ausbrüchen beauftragt. Die Einrichtung, der Betrieb und die Finanzierung eines solchen nationalen Kompetenzzentrums sind im EpG jedoch nicht geregelt. Die Spitäler sind zudem nicht zur Zusammenarbeit mit Swissnoso verpflichtet und erhalten derzeit keine Entschädigung für Mehrkosten im Rahmen von interkantonalen Ausbruchsuntersuchungen.

Mit der Revision des EpG sollen nun die rechtlichen Grundlagen für den Aufbau und den Betrieb eines nationalen Kompetenzzentrums für epidemiologische Untersuchungen von healthcare-assoziierten Ausbrüchen, die mehrere Kantone betreffen, geschaffen werden. Im Einzelnen sollen u.a. folgende Aspekte geregelt werden:

¹² BAG (2022a).

¹³ Bei Massnahmen, zu denen in den Interviews keine Vorschläge und Einschätzungen zu Alternativen geäussert wurden, haben wir das Kapitel «Alternativen» weggelassen.

- Das BAG kann ein nationales Kompetenzzentrum mit der epidemiologischen Untersuchung von healthcare-assoziierten Ausbrüchen beauftragen, inklusive Delegation an eine externe Organisation und langfristige Finanzierung dieser Aufgabe.
- Die Spitäler sollen zur Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum verpflichtet werden, Die Entschädigung durch den Bund von Mehrkosten, welche den Spitälern durch Ausbruchsuntersuchung und -bekämpfung entstehen, werden geregelt.
- Die Rechtsgrundlage für die Rekrutierung von Experten und deren Abgeltung für ausserordentliche Situationen, z.B. Ausbrüche wird im revidierten EpG sichergestellt.

Betroffen von der neuen Regelung sind damit im Wesentlichen die beauftragte externe Organisation, die Leistungserbringer, konkret die Spitäler, sowie das BAG als Finanzierer des Kompetenzzentrums und des Expertenpools.

4.1.2. Auswirkungen auf die Unternehmen

Auf Seiten der Unternehmen sind die Auswirkungen auf die beauftragte externe Organisation und die Spitäler zu unterscheiden.

Swissnoso hat als externe Organisation vom BAG den Auftrag erhalten, ein nationales Kompetenzzentrum aufzubauen und zu betreiben. Die Kosten hierfür trägt der Bund, entsprechend sind die Kosten im Abschnitt 4.1.3 aufgeführt.

Bei den Spitälern fallen Kosten an dafür, dass sie dem Kompetenzzentrum im Bedarfsfall ExpertInnen zur Verfügung stellen. Die Kosten für diese Expertentätigkeit werden ebenfalls vom BAG getragen (siehe Abschnitt 4.1.3).

Weitere Kosten fallen den Spitälern an, wenn sie im Bedarfsfall mit dem nationalen Kompetenzzentrum zusammenarbeiten müssen. Dies kann bedeuten, dass sie bei einem nationalen oder überregionalen Ausbruch weitere Daten oder Proben ans nationale Kompetenzzentrum schicken müssten. Über die Kosten dieser Zusammenarbeit gehen die Meinungen der InterviewpartnerInnen auseinander. Während der Bund von Kosten deutlich unter 100'000 CHF ausgeht, veranschlagen einzelne Spitäler Kosten in der Höhe von 200'000 bis 300'000 CHF. Sie begründen dies damit, dass für die Compliance mindestens eine Vollzeitstelle notwendig sei. Es sei nicht realistisch, dass Proben/Material einfach so an das Kompetenzzentrum geschickt werden.

Die folgende Tabelle fasst die Kostenfolgen der Massnahme bei den Leistungserbringern zusammen:

Tabelle 6: Nationales Kompetenzzentrum: Kostenfolgen für Swissnoso und Spitäler

Akteur/Aufgabe	Kosten pro Einheit	Anzahl Einheiten	Total erwartete Kosten
Swissnoso: Nationales Kompetenzzentrum aufbauen und betreiben	-	-	von Bund getragen
Spitäler: ExpertInnen zur Verfügung stellen	-	-	von Bund getragen
Spitäler: Zusammenarbeit mit nationalem Kompetenzzentrum	Unter 100 kCHF bis 300 kCHF pro Spital	Bei einem nationalen Ausbruch wahrscheinlich mehrere Spitäler, die liefern müssten	Ca. 1 Mio. CHF

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews.

Einzelne kleinere Spitäler betonen, dass Kosten in der Höhe von mehreren 10'000 CHF zu hoch wären. Sie hätten eine Ausbruchstrategie und würden bei Ausbrüchen pragmatisch mit dem Kantonsspital zusammenarbeiten.

4.1.3. Auswirkungen auf den Bund

Auf Seiten des Bundes fallen Kosten für das nationale Kompetenzzentrum und den Expertenpool an.

Den Auftrag, ein nationales Kompetenzzentrum aufzubauen und zu betreiben, hat das BAG an Swissnoso erteilt. Gemäss Leistungsvereinbarung zwischen BAG und Swissnoso beläuft sich die Abgeltung des Bundes für den Aufbau und den Betrieb des Kompetenzzentrums bis 2024 auf rund 700'000 CHF.

Für den Expertenpool müssten gemäss einem Interviewpartner alle Universitätsspitäler eine 50%-Stelle auf Stufe Oberarzt/Oberärztin zur Verfügung stellen. Damit könnten sich die Universitätsspitäler auf unterschiedliche bakterielle Erreger spezialisieren (z.B. das Universitätsspital in Lausanne auf Listerien). Das BAG könnte dann je nach Bedrohungslage auf die Expertise der jeweils zuständigen Fachperson(en) zurückgreifen. Derzeit könnten nur die Kantone FachexpertInnen auf diese Weise bestellen. Wenn auch der Bund diese Kompetenz hätte, könnte eine Krisensituation schneller angegangen werden. Das BAG könnte einen gewissen Beitrag auf ein Sperrkonto überweisen, um die schnelle Finanzierung des Kompetenzzentrums im Krisenfall sicherzustellen.

Die folgende Tabelle fasst die Kostenfolgen der Massnahme auf Seiten Bund zusammen:

Tabelle 7: Nationales Kompetenzzentrum: Kostenfolgen für die öffentliche Hand

Akteur/Aufgabe	Aufwand, Kosten pro Einheit	Anzahl Einheiten	Total erwartete Kosten
Bund: Abgeltung externe Organisation (Swissnoso) für Aufbau und Betrieb nationales Kompetenzzentrum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betrieb: 700 kCHF für 3 Jahre ▪ Zusätzliche Leistungen im Ereignisfall: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Epidemiologische Untersuchungen: 330 kCHF ▪ Umfrage zur Einhaltung: 120 kCHF 	-	250 kCHF/a
Bund: Abgeltung für ExpertInnen im Expertenpool	50%-Stelle auf Stufe Oberarzt: ca. 70'000 CHF/a und Spital	6 Unispitäler	420 kCHF/a

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews.

4.1.4. Einschätzungen der Akteure

Einige Befragten sind der Auffassung, dass die Etablierung eines nationalen Kompetenzzentrums für epidemiologische Untersuchungen von HAI-Ausbrüchen, falls überhaupt, sehr limitiert im EpG zu verankern ist. Ein Grund sei, dass mit Swissnoso die Organisation und das Fachwissen bereits vorhanden seien.

Ein weiterer Grund, sei, dass die Mindestanforderungen an Spitalhygiene bereits in die Empfehlungen zur Spitalplanung aufgenommen worden seien. Zudem sei die Umsetzung der Qualitätsverträge, die gerade erst erarbeitet wurden und die dem Bundesrat vorgelegt werden, bereits ein wichtiges Thema für die Krankenkassen und H+. Bei den Alters- und Pflegeheimen hingegen existieren keine Vorgaben bezüglich der Bekämpfung von HAI und Antibiotikaresistenzen. Falls Qualitätsanforderungen auf diese Institutionen ausgeweitet werden sollten, wäre aus Sicht der GDK eine entsprechende Rechtsgrundlage vermutlich sinnvoll.

Einzelne Leistungserbringer sind der Meinung, dass ein nationales Kompetenzzentrum nicht nötig ist, weil die (grösseren) Spitäler heute schon über eigene Fachleute, Netzwerke und Expertise verfügten.

4.1.5. Nutzen

Zum Nutzen der Zusammenarbeit von Spitälern mit dem Kompetenzzentrum haben nur vereinzelte Befragte eine Einschätzung abgegeben. Diese sehen den Nutzen vor allem darin, dass damit nationale/regionale HAI-Ausbrüche eingedämmt werden können.

4.1.6. Fazit

Die Massnahme «Zusammenarbeit mit Kompetenzzentrum» würde die Spitäler dazu verpflichten, bei nationalen oder regionalen healthcare-assoziierten Ausbrüchen mit dem nationalen Kompetenzzentrum zusammenzuarbeiten. Bei einem einzelnen Spital würde die Massnahme

einen überschaubaren Aufwand und Kosten von wenigen Hunderttausend Franken verursachen. Wenn mehrere Spitäler mitarbeiten müssten, könnten sich die Kosten für die Zusammenarbeit auf etwa 1 Mio. CHF belaufen.

Die Kosten des Bundes für das nationale Kompetenzzentrum und die Abgeltung von ExpertInnen, die im Ausbruchsfall vom Kompetenzzentrum beigezogen werden könnten, könnten sich auf ca. 0.7 Mio. CHF pro Jahr belaufen.

Der Nutzen der Massnahme dürfte gegeben sein, weil damit nationale/regionale HAI-Ausbrüche eingedämmt werden könnten.

4.2. Antibiotikaresistenzen und HAI: Verbindliche Teilnahme der Spitäler an Surveillance-Programmen

4.2.1. Ausgangslage

Viele Spitäler monitoren bereits heute das Auftreten von HAI. Bisher ist allerdings einzig die Überwachung der postoperativen Wundinfektionen (SSI Surveillance) über den Qualitätsvertrag des ANQ (nach KVG) verbindlich geregelt.

Mit der Revision EpG sollen deshalb die rechtlichen Grundlagen für den Aufbau und den Betrieb eines nationalen Überwachungssystems für HAI festgelegt werden. Die Spitäler sollen dabei verpflichtet werden, an Surveillance-Programmen teilzunehmen.¹⁴ Eine mit der Überwachung von HAI verbundene Meldepflicht der Spitäler wurde nicht im Folgenden näher beleuchtet, weil diese gemäss BAG aus heutiger Sicht praktisch nicht umsetzbar sei.

4.2.2. Auswirkungen auf die Unternehmen

Von einer Neuregelung wären auf der Unternehmensseite vor allem Spitäler betroffen, sie müssten an Surveillance-Programmen teilnehmen. Die Kosten für solche Programme sind gemäss den befragten Spitälern abhängig von der Spitalgrösse, der Komplexität der behandelten Fälle und der Überwachungsart. Die Überwachung von HAI könne manuell, semi-automatisiert oder automatisiert erfolgen, wobei die Bestrebungen in Richtung (semi-)automatisiert gingen. Die Kosten der Überwachung von HAI dürften damit mittel- bis langfristig sinken.

Die folgende Tabelle zeigt die Kosten, wenn in den Spitälern durchgehend automatisierte oder semi-automatisierte Systeme installiert würden. Wie viele Spitäler heute schon an einem Surveillance-Programm teilnehmen, ist nicht bekannt. Es wird für die Schätzung angenommen, dass infolge der Neuregelung ca. 150 Spitäler neu an Surveillance-Programmen teilnehmen würden und eine Überwachung installieren würden. Es ist ausserdem zu berücksichtigen, dass

¹⁴ In den Empfehlungen des BAG werden unter dem Titel «Nationale Überwachung von HAI» noch andere Massnahmen genannt (z.B. Auslagerung des nationalen HAI-Monitoring-Systems, Monitoring von Prozessindikatoren, Meldepflicht für HAI). Diese Massnahmen wurden nicht weiter vertieft.

die Schätzungen auf Angaben von zwei Universitätsspitalern beruhen. Deren Kosten dürften aufgrund der hohen Fallzahlen und der Komplexität der Fälle über dem Durchschnitt der übrigen Spitäler liegen. Die auf alle Spitäler hochgerechneten Totalkosten dürften damit überschätzt sein und Maximalkosten darstellen.

Tabelle 8: Teilnahme an Surveillance-Programmen: Kostenfolgen für Spitäler

Akteur/Aufgabe	Aufwand *)	Anzahl Einheiten	Total erwartete Kosten
Spitäler: Automatisierte Überwachung, z.B. Katheter-assoziierten Harnwegsinfektionen (CAUTI)	Wiederkehrend: ▪ Qualitätskontrollen: 10-20 kCHF/a	Annahme: ca. 150 Spitäler	1.5 bis max. 3 Mio. CHF/a
	Einmalige IT-Kosten: 50-300 kCHF		
Spitäler: Semi-automatisierte Überwachung, z.B. ventilator associated pneumonia (VAP)	Wiederkehrend: ▪ Personalkosten: 40-400 kCHF/a ▪ Qualitätskontrollen: 10-20 kCHF/a	Dito	7.5 bis max. 60 Mio. CHF/a
	Einmalige IT-Kosten: 50-300 kCHF		
Spitäler: Manuelle Überwachung, z.B. postoperative Wundinfektionen (Surgical Site Infection (SSI))	Wiederkehrend: ▪ Personalkosten: 100-200 kCHF/a ▪ Qualitätskontrollen: 10-20 kCHF/a	Dito	15 bis max. 30 Mio. CHF/a

Personalkosten: für medizinische Begleitung.

*) Bandbreiten ergeben sich aus den Angaben der Spitäler.

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews.

4.2.3. Einschätzungen der Akteure

Die Kosten der Überwachung von HAI hängen aus Sicht der Leistungserbringer von mehreren Einflussfaktoren ab.

- Erstens: Welche Infektionen sollen überwacht werden: Während Katheter-Infektionen auf Personen mit Katheter beschränkt seien (niedrigere Kosten der Überwachung), können theoretisch alle Personen, die in einem Spital behandelt werden, eine Pneumonie bekommen (höhere Kosten der Überwachung).
- Zweitens: Sofern ein Spital über ein Data Warehouse (DWH) verfügt, wäre es grundsätzlich kostengünstiger, einen Algorithmus aufzusetzen. Die Kosten der IT-Entwicklung könnten reduziert werden, wenn die Spitäler die von ihnen programmierten Algorithmen mit anderen Leistungserbringern teilen würden. Gleichzeitig müsste die Schnittstelle Algorithmus-Klinikinformationssystem (KIS) bei jedem Spital individuell aufgesetzt werden. Der Aufwand für die Aufsetzung dieser Schnittstelle dürfte unabhängig von der Spitalgrösse sein.

Einige Leistungserbringer haben unterstrichen, dass Fortschritte in den Bereichen Digitalisierung und Automatisierung eine notwendige Grundvoraussetzung für die Einführung und den Ausbau von Surveillance-Programmen darstellten. Die Schweiz habe einen enormen Nachholbedarf an (semi-)automatisierten Technologien. Die kosteneffiziente Implementierung und Durchführung von Überwachungsprogrammen könne nicht manuell erfolgen, da sie auf Automatisierung basierten, z.B. durch maschinelles Lernen. Dies bedeute, dass in Zukunft eine Verschiebung der Kosten weg von der medizinischen Begleitung hin zu IT-Kosten zu erwarten sei.

Einzelne Leistungserbringer sehen auch im Datenschutz eine weitere grosse Herausforderung. Beispielsweise würden im «Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie» teilweise dieselben Daten dokumentiert, wie sie für eine auf den Modulen von Swissnoso basierten Qualitätssicherung nötig seien. Derzeit verhinderten allerdings etliche Datenschutzregeln auf unterschiedlichen Stufen, dass verschiedene Register miteinander verknüpft würden. Falls die einschlägigen Datenschutzregeln vereinheitlicht würden, könnten vorhandene Daten von mehreren Stakeholdern genutzt werden. Dadurch ergäben sich Synergieeffekte.

Einzelne Leistungserbringer haben ausserdem darauf hingewiesen, dass verpflichtende Regeln alleine nicht ausreichen würden, der Vollzug müsse auch kontrolliert werden. Es müssten stichprobenmässig Kontrollen durchgeführt und Zwischenfälle sanktioniert werden, wenn Spitäler die festgelegten Qualitätsvorschriften nicht einhalten. Diese Aussage gelte nicht nur für Surveillance-Programme, sondern für alle Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen und HAI.

Schliesslich sind die Leistungserbringer der Auffassung, dass die Einführung von Überwachungsmodulen mit ihnen abgestimmt werden müsse. Beispielsweise sei die Einführung des Überwachungsprogramms CLABSI¹⁵ in einem kleinen Spital, in welchem keine komplexen Fälle behandelt werden, kaum zweckmässig.

Darüber hinaus vertreten einzelne Leistungserbringer die Meinung, dass ein nationales Überwachungsprogramm für HAI nicht nötig ist, weil sie durch das Monitoring der Spitäler frühzeitig über Probleme informiert würden.

4.2.4. Nutzen

Ein Teil der befragten Spitäler sieht einen grossen Nutzen in Surveillance-Programmen, weil sie helfen schwere Ausbrüche zu vermeiden. Ein Ausbruch könne schnell teuer werden, u.a. fallen Laborkosten, Personalkosten, Kosten für die Isolierung und Opportunitätskosten an. Mehrere Akteure, darunter auch VertreterInnen der Leistungserbringer und der Versicherer, haben un-

¹⁵ Epidemiologische Überwachung von Central line-associated bloodstream infections (katheter-assoziierten Bakteriämien).

terstrichen, dass durch Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen und HAI beträchtliche Folgekosten vermieden werden könnten, je nach Spital und Ereignis in Millionenhöhe.

Einige Leistungserbringer befürworten die Teilrevision des EpG, weil dadurch alle Leistungserbringer verpflichtet würden, sicherheitsrelevante Risiken zu überwachen und ein aktives und zweckmässiges Datenmanagement zu betreiben. Dadurch würde der Bereich Prävention gestärkt.

Der Nutzen eines nationalen Überwachungssystems (nicht der Überwachung durch die Spitäler an sich) wird allerdings von einzelnen Spitälern in Frage gestellt. Wichtiger als eine nationale Überwachung sei, dass die für Hygiene zuständigen Stellen im Spital über ausreichend Kompetenzen verfügten, um Anweisungen durchzusetzen.

4.2.5. Fazit

Die untersuchte Massnahme würde eine verbindliche Teilnahme von Spitälern an Surveillance-Programmen von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) vorsehen. Die Kostenschätzungen zeigen, dass je nach Automatisierungsgrad beträchtliche Kosten für Surveillance-Programme anfallen könnten. Die Kosten hängen insbesondere davon ab, welche Anforderungen gestellt werden und welche Erreger überwacht werden sollen. Die Bandbreite der Kostenschätzungen ist mit wiederkehrenden Kosten von 1.5 bis 60 Mio. CHF pro Jahr und einmaligen Kosten von 7.5 bis 45 Mio. CHF sehr gross und ausserdem mit Unsicherheiten behaftet: U.a. beruhen die Schätzungen auf Angaben von Universitätsspitälern, die aufgrund der hohen Fallzahlen und der Komplexität der Fälle höhere Kosten ausweisen dürften als die anderen Spitäler. Unklar ist auch, wie viele Spitäler solche Surveillance-Systeme installieren müssten, weil bislang nur die Überwachung von postoperativen Wundinfektionen obligatorisch war. Die Kosten am oberen Rand dürften daher deutlich überschätzt sein.

Den Nutzen von Surveillance-Programmen besteht darin, dass schwere Ausbrüche von HAI vermieden werden können. Insofern scheint uns auch eine Regelung zweckmässig, die eine verbindliche Teilnahme an Surveillance-Programmen vorsieht. Ob es übergeordnet ein nationales Überwachungssystem braucht, lässt sich nicht abschliessend beurteilen.

4.3. Antibiotikaresistenzen und HAI: Meldepflicht von Antibiotikaverbrauch für stationäre und ambulante Leistungserbringer

4.3.1. Ausgangslage

Das Schweizerische Zentrum für Antibiotikaresistenzen ANRESIS erfasst bereits heute Antibiotikaverbrauchsdaten. Diese Daten sind auf der Spitalabteilungsebene aggregiert. Momentan

sind die Leistungserbringer in ihrer Rolle als Datenzulieferer allerdings nicht verpflichtet, Verbrauchsdaten an ANRESIS weiterzuleiten. Daher schwankt die Anzahl der Spitäler, die von Jahr zu Jahr die in der Routinediagnostik generierten Verbrauchsdaten an ANRESIS liefern, zwischen 50 und 70. Die fehlenden Beobachtungen haben einen nicht balancierten Datensatz zur Folge, was die Datenauswertung erheblich erschweren kann. Ausserdem sind kleinere Spitäler tendenziell untervertreten.

Mit der Revision EpG soll nun eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden für eine zentrale Erfassung und Auswertung von Antibiotika-Verschreibungsdaten im stationären und allenfalls ambulanten Bereich durch externe Stellen. Eine entsprechende Meldepflicht des Antibiotikaverbrauchs an diese externe Stelle soll ebenfalls im EpG verankert werden.

4.3.2. Auswirkungen auf die Unternehmen

Auf der Unternehmensseite sind vor allem ANRESIS als zentrale Meldestelle und die Leistungserbringer von der Meldepflicht betroffen. Aufgrund mangelnder Angaben in den Interviews fokussieren die folgenden Ausführungen bei den Leistungserbringern auf die Spitäler.

Auswirkungen auf die Spitäler

Mit der Einführung einer Meldepflicht müssten alle Spitäler Verschreibungsdaten an ANRESIS liefern. Für die Schätzungen gehen wir davon aus, dass vor allem die rund 170 Akutspitäler betroffen wären. 50-70 Spitäler liefern bereits Daten.

Die Spitäler, die noch keine Daten liefern, müssten eine Schnittstelle zu ANRESIS definieren. Gemäss ANRESIS beläuft sich der zeitliche Aufwand für die Anpassung einer Schnittstelle aufseiten des Spitals erfahrungsgemäss auf etwa 2-4 Wochen. Es ist nicht bekannt, wie viele Spitäler noch eine Schnittstelle zu ANRESIS benötigen würden. Es wird für die Schätzung deshalb die Annahme getroffen, dass im Vergleich zu heute zusätzlich 100 Spitäler eine Schnittstelle definieren müssten. Damit ergäben sich einmalige Zusatzkosten in der Höhe von schätzungsweise 0.5-1 Mio. CHF.¹⁶ Die Kosten für die Schnittstelle würden höher ausfallen, wenn die Schnittstelle statt auf abteilungsbezogene Daten auf Individualdaten ausgelegt würde (siehe Tabelle 9).¹⁷

Die Daten in elektronischer Form und der entsprechenden Qualität ANRESIS bereitzustellen, sei grundsätzlich nur für diejenigen Spitäler möglich, die ein Klinikinformationssystem (KIS)

¹⁶ Basierend auf einem Jahreslohn von 130'000 CHF. -> 2-4 Wochen = 5-10 kCHF/Spital.

Die eigentlichen IT-Kosten der Anpassung der Schnittstellen auf Seiten der Spitäler hängen stark vom Klinikinformationssystem (KIS) des jeweiligen Spitals ab und können stark variieren.

¹⁷ Daten auf Abteilungsebene sind schwer vergleichbar, weil der Tätigkeitsbereich einer Abteilung je nach Spital anders definiert ist. Die Erfassung von Individualdaten könnte aussagekräftigere Rückschlüsse erlauben und die Genauigkeit der Datenauswertungen würde erhöht.

oder ein Klinikinformations- und Steuerungssystem (KISS) eingeführt hätten (z.B. Epic). In einem KIS/KISS werden medizinische und pflegerische Daten rund um die Behandlung von PatientInnen erfasst und automatisch an ANRESIS übermittelt.

Die übrigen Spitäler müssten ihre Angaben manuell übermitteln. Bei 5-10 Min. pro PatientIn bzw. Meldung und einer Million Meldungen ergäben sich damit für die Erfassung der Verbrauchsdaten im System und den Meldeakt jährliche Kosten von ca. 5 Mio. CHF.¹⁸

Tabelle 9: Meldepflicht für Antibiotikaverbrauch: Kostenfolgen für Spitäler

Akteur/Aufgabe	Aufwand, Kosten pro Einheit	Anzahl Einheiten	Total erwartete Kosten
Spitäler: Schnittstellen definieren für Abteilungsdaten	2-4 Wochen/Schnittstelle -> 5-10 kCHF/Schnittstelle ¹⁹	Annahme: 100 Spitäler	Einmalig: ca. 0.5-1 Mio. CHF
Spitäler: Schnittstelle definieren für Individualdaten	bis zu 30 kCHF/Schnittstelle	Annahme: 100 Spitäler	Einmalig: bis zu 3 Mio. CHF
Spitäler: Verbrauchsdaten erfassen und manuell übermitteln	5-10 CHF/PatientIn	Annahme: 1 Mio. Meldungen	ca. 5 Mio. CHF/a

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews.

Gemäss Empfehlungen des BAG könnten Meldepflichten im Bereich Antibiotikaresistenzen und HAI auch auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werden. Zu den finanziellen Auswirkungen auf die ambulant praktizierenden ÄrztInnen konnten die befragten Akteure keine konkreten Angaben machen. Ein Interviewpartner weist darauf hin, dass zusätzliche Meldepflichten unproblematisch wären, wenn der damit verbundene Aufwand verrechnet werden könnte.

Auswirkungen auf ANRESIS

Mit der Einführung einer Meldepflicht müsste ANRESIS die Verschreibungsdaten der Spitäler auswerten, die bisher noch keine Daten liefern. 50-70 Spitäler liefern bereits Daten, es kämen also noch etwa 100 Spitäler dazu. Die Kosten einer Anbindung würde bei ANRESIS ein paar wenige Tausend Franken pro Spital verursachen. Bei der Erfassung der Daten dieser Spitäler würden bei ANRESIS keine erheblichen Zusatzkosten anfallen. Voraussetzung wäre, dass ein einheitlicher Standard für die Schnittstellen bzw. für das Datenformat eingeführt würde. Für die Aufbereitung und -auswertung der Daten von 100 weiteren Spitälern würde sodann ein Mehraufwand von ca. 100'000 bis 200'000 CHF pro Jahr anfallen.

¹⁸ Basierend auf der Annahme, dass eine Meldung ca. 5 CHF kosten würde (5 Min. bei einem Jahreslohn von 100'000 CHF).

¹⁹ Basierend auf einem Jahreslohn von 130'000 CHF.

Tabelle 10: Meldepflicht für Antibiotikaverbrauch: Kostenfolgen für ANRESIS

Akteur/Aufgabe	Aufwand, Kosten pro Einheit	Anzahl Einheiten	Total erwartete Kosten
ANRESIS: Schnittstellen installieren	Einmalig einige wenige Tausend CHF -> Annahme: 3-5 kCHF	Annahme: 100 Spitäler	Einmalig: 300-500 kCHF
ANRESIS: Datenbank pflegen, ausbauen, Anforderungen an Schnittstelle definieren	100-200 kCHF/a und Vollzeitstelle	ca. 1 Vollzeitstelle	100-200 kCHF/a

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews.

Gemäss Empfehlungen des BAG könnten Meldepflichten im Bereich Antibiotikaverbrauch auch auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werden. Zu den finanziellen Auswirkungen auf die ambulant praktizierenden ÄrztInnen konnten die befragten Akteure keine konkreten Angaben machen. Ein Interviewpartner weist darauf hin, dass zusätzliche Meldepflichten unproblematisch wären, wenn der damit verbundene Aufwand verrechnet werden könnte.

4.3.3. Einschätzungen der Akteure

Zentrale Gründe dafür, dass die meisten Spitäler unregelmässig oder gar keine Daten zu ihrem Antibiotikaverbrauch an ANRESIS weiterleiten, ist aus Sicht von ANRESIS und der befragten Leistungserbringer die unzureichende Finanzierung sowie der Umstand, dass die Leistungserbringer je nach Auslastung nicht über die notwendigen personellen Ressourcen verfügen.

Einzelne Spitäler verlangen denn auch, dass die Installation von Schnittstellen vergütet wird. Generell verlangen einige Befragte, dass Bund und Kantone für die Finanzierung von Datenerhebungen und -auswertungen sorgen sollen.²⁰

Zu beachten sei ausserdem, dass die IT-Infrastruktur der Spitäler durch eine hohe Heterogenität und mangelnde Automatisierung geprägt sei. Das Vorantreiben der Digitalisierung und der Automatisierung der Überwachung von Antibiotikaverbrauch könnte den Datentransfer zwischen den betroffenen Akteuren erheblich vereinfachen. Dies würde dazu führen, dass die manuelle Übermittlung überflüssig würde und die Kosten für die Übermittlung zukünftig tiefer ausfallen würden.

Aus Sicht der Pharmabranche schliesslich ist eine Datenbank zur Erfassung von Verschreibungsdaten unterstützenswert, auch wenn sie bei der Umsetzung einer solchen Datenbank vermutlich keine grosse Rolle spielen würden. Ein interessanter Anknüpfungspunkt aus Sicht

²⁰ Da es sich bei der Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen und HAI um Präventionsmassnahmen handelt, dürfe es kaum möglich sein, die Massnahmen im Rahmen über das KVG zu finanzieren. Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten einer Behandlung gemäss der aktuellen Gesetzgebung nur dann, wenn diese mit der Diagnostik, Behandlung oder Linderung einer Krankheit einer Einzelperson in Verbindung stehen. Gegenwärtig stehen den Leistungserbringern nur wenige Gefässe zur Verfügung, durch die Präventionsmassnahmen vergütet werden können.

der Industrie könnte dennoch die Bereitstellung der Verschreibungsdaten für die industrielle Forschung sein. Es sollte darauf geachtet werden, dass die erfassten Daten international kompatibel sind.

4.3.4. Nutzen

Der Nutzen einer Meldepflicht des Antibiotikaverbrauchs wird unterschiedlich beurteilt: Das BAG sieht den Nutzen einer Meldepflicht in der Grundlage für Stewardship-Programme. Auch einzelne der befragten Spitäler sehen durchaus einen Nutzen im Zusammenhang mit der Entwicklung von Antibiotikaresistenzen. Einzelne andere Spitäler sehen keinen Nutzen in der Meldung des Antibiotikaverbrauchs, da dieser stark vom Patientengut abhängig sei.

4.3.5. Alternativen

Einzelne Spitäler schlagen vor, anstelle des Antibiotikaverbrauchs den Verbrauch von Reserveantibiotika als meldepflichtig zu deklarieren. Dies erlaube Rückschlüsse auf mögliche zukünftige problematische Entwicklungen bei Antibiotikaresistenzen.

Als Alternative zur Meldepflicht im ambulanten Bereich hat ein Leistungserbringer eine Bewilligungspflicht durch den Kanton vorgeschlagen. Leistungserbringer im ambulanten Bereich würden damit für die Verschreibung von Antibiotika eine Bewilligung des Kantons benötigen. Eine solche Regelung existiere bereits für Opioide und die bestehenden Prozesse könnten genutzt werden. Selbst wenn die Bewilligung nicht mit einer Kontingentierung verbunden ist, würde die Hürde für die Verschreibung von Antibiotika steigen, was idealerweise zur Folge hätte, dass Antibiotika seltener vergeben würde. Die Kantone hätten somit einen vollständigen Überblick über die Aktivität der verschreibenden ÄrztInnen und könnten anschliessend die Verschreibungsdaten an ANRESIS weiterleiten. Gemäss einem befragten Leistungserbringer ist dies die kostengünstigere Option als die Meldepflicht an ANRESIS. Diese Aussage wurde im Rahmen der vorliegenden RFA nicht überprüft.

4.3.6. Fazit

Mit der untersuchten Massnahme würde eine Meldepflicht des Antibiotikaverbrauchs im stationären und ambulanten Bereich im EpG verankert. Konkret wurden die Auswirkungen untersucht, wenn die stationären Leistungserbringer die Antibiotika-Verschreibungsdaten an ANRESIS melden müssten.

Würde die Meldepflicht eingeführt, würden ca. 100 zusätzliche Spitäler meldepflichtig. Die Kosten der Spitäler für die Meldepflicht wären überschaubar: Die einmaligen Kosten für die Definition der Schnittstellen könnten sich auf ca. 0.5-1 Mio. CHF belaufen, wenn Daten wie bisher gemeldet werden müssten. Müssten die Daten weniger aggregiert geliefert werden, wären die

einmaligen Kosten höher (bis 3 Mio. CHF). Die Übermittlung selber würde automatisch erfolgen. Die wiederkehrenden Kosten für die manuelle Übermittlung werden unter der Annahme von 1 Mio. Meldungen auf ca. 5 Mio. CHF/Jahr geschätzt, wobei diese Kosten mit der zunehmenden Digitalisierung und Automatisierung deutlich sinken würden.

Die Kosten von ANRESIS werden auf einmalig 300'000-500'000 CHF für Schnittstellen und 100'000-200'000 CHF/Jahr für Auswertungen geschätzt.

Demgegenüber ist der Nutzen einer Meldepflicht schwierig zu beurteilen. Es gibt einzelne Leistungserbringer, die keinen grossen Nutzen sehen, wenn Spitäler Verbrauchsdaten für jegliche Antibiotika melden würden, weil der Verbrauch vor allem vom Patientengut abhängt. Der Verbrauch von Reserveantibiotika sei evtl. aussagekräftiger als Verbrauchsdaten von jeglichen Antibiotika. Die Tatsache, dass bereits heute 50 oder mehr Spitäler freiwillig Daten liefern, dürfte aber ein Hinweis darauf sein, dass ein potenzieller Nutzen vorhanden ist.

Da der Nutzen unklar ist, ist auch ein Kosten-Nutzen-Vergleich schwierig. Angesichts der Kosten in der Höhe von wenigen Millionen Franken dürfte der Kosten-Nutzen-Vergleich nicht allzu negativ ausfallen. Mit der vorschreitenden Digitalisierung und dem vermehrten Einsatz von Klinikinformations- und Steuerungssystemen (z.B. Epic) dürfte ausserdem der Aufwand für die Übermittlung sinken. Dadurch würde sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis verbessern.

4.4. Antibiotikaresistenzen und HAI: Verpflichtung zur Durchführung von Screenings

4.4.1. Ausgangslage

Viele Spitäler führen heute schon Screenings auf multiresistente Erreger durch. Dabei werden vor allem Personen gescreent, die aus Risikogebieten in die Schweiz einreisen. Bei einem positiven Ergebnis werden die Patienten isoliert. Die Durchführung von Screenings ist freiwillig.

Gemäss BAG sollen deshalb mit der Revision des EpG die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden, damit Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen, inklusive solcher mit (multi-)resistenten Erregern, verbindlich von Institutionen umgesetzt werden. Insbesondere sollen Spitäler, Kliniken und andere Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. Alters- und Pflegeheime, ambulante Leistungserbringer) dazu verpflichtet werden. Das Screening von Patientinnen und Patienten auf spezifische Krankheitserreger wäre eine dieser Massnahmen.

Da schwere Infektionen mit resistenten Erregern zu einem grossen Teil in Spitälern stattfinden, haben wir uns in der Folge auf die Auswirkungen der Massnahme auf die Spitäler fokussiert. Betroffen wären damit vor allem die rund 170 Akutspitäler in der Schweiz, und am Rande auch das nationale Kompetenzzentrum.

4.4.2. Auswirkungen auf die Unternehmen

Auswirkungen auf die Spitäler

Die Verpflichtung, Screenings durchzuführen, würde bei den Spitälern Kosten verursachen. Gemäss Angaben von Spitälern belaufen sich die Kosten für ein Screening auf 150-300 CHF. Sie beinhalten den Aufwand für die medizinische und die technische Leistung.²¹ Screenings erfolgen verdachtsorientiert. Es ist unklar, wie viele Screenings aufgrund der Neuregelung zusätzlich durchgeführt werden müssten. Für die Kostenschätzung wird deshalb die Annahme getroffen, dass die Spitäler jährlich zusätzliche 10'000 PatientInnen screenen müssten. Damit ergäben sich Kosten von bis zu 3 Mio. CHF.

Tabelle 11: Screenings: Kostenfolgen für Spitäler

Akteur/Aufgabe	Kosten pro Einheit	Anzahl Einheiten	Total erwartete Kosten
Spitäler: Screenings durchführen	Bis zu 300 CHF/Screening	Annahme: 10'000 Patienten/a	Bis zu 3 Mio. CHF/a

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews.

Auswirkungen auf das nationale Kompetenzzentrum

Eine indirekte Folge einer Screening-Pflicht könnte gemäss Swissnoso sein, dass das nationale Kompetenzzentrum für epidemiologische Untersuchungen zusätzliche Aufgaben übernehmen würde. So müssten bei neuen Erregern (z.B. Bakterien) neue Screeningverfahren entwickelt werden. Die Kosten für die Entwicklung eines neuen Screeningverfahrens werden von Swissnoso auf etwa CHF 100'000 – 200'000 CHF geschätzt (inkl. Kosten für die Überführung des Screeningverfahrens in die Praxis).

Eine weitere Aufgabe für das nationale Kompetenzzentrum könnte darin bestehen, Richtlinien zu erstellen und zu präzisieren, wie die Spitäler Screenings durchführen sollen. Diese Vorgaben könnten die Entwicklung eines risikobasierten Ansatzes für die Durchführung von Screenings im stationären Bereich umfassen, der die Anzahl und die Herkunft der behandelten Personen berücksichtigt.

²¹ Medizinische Leistung: 30 Min. für Abstrich, Analyse und Dokumentation. Technische Leistung: je nach Analyse: Blutkultur: 150 CHF, Urinkultur 30 CHF, Abstriche (z.B. Wunde, Nasen-Rachen) mit 73 CHF bzw. 140 CHF.

Tabelle 12: Screenings: Kostenfolgen für nationales Kompetenzzentrum

Akteur/Aufgabe	Kosten pro Einheit	Anzahl Einheiten	Total erwartete Kosten
Nationales Kompetenzzentrum: Entwicklung Testdiagnostik	100-200 kCHF bei einem neuen Erreger	-	100-200 kCHF

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews.

4.4.3. Einschätzung der Akteure

Nach Ansicht von Leistungserbringern birgt die heutige Situation Fehlanreize, weil Spitäler, die überdurchschnittlich viele Screenings durchführen, naturgemäss überdurchschnittlich viele HAI und multiresistente Erreger identifizieren. Je mehr Screenings durchgeführt werden, desto mehr Erreger werden identifiziert (Dilemma des Testens). Infolgedessen würden die Spitäler, die die existierenden Empfehlungen und Qualitätsanforderungen sorgfältig umsetzen und die Screenings in der empfohlenen Häufigkeit bzw. regelmässig genug durchführen, für ihre Bemühungen im Bereich Prävention bestraft. Es könne nämlich für Aussenstehende der Eindruck entstehen, dass solche Spitäler viel häufiger von Antibiotikaresistenzen oder HAI betroffen seien als diejenigen, die weniger testen. Spitäler müssten unter Umständen mit negativen Auswirkungen rechnen, z.B. Reputationsschaden. Aus diesem Grund seien die meisten Spitäler zurückhaltend, Screenings durchzuführen.

Aus Sicht der meisten Befragten braucht es daher neben einer Präzisierung der Anforderungen für die Durchführung von Screenings auch finanzielle Anreize für die Leistungserbringer.

Ausserdem könnten die Kantons- und Universitätsspitäler die kleineren Spitäler unterstützen, die nicht unbedingt über das Fachwissen oder die Ressourcen verfügen, Screenings selbstständig in der notwendigen Qualität durchzuführen.

Die Mehrheit der Befragten ist der Auffassung, dass eine Pflicht ein notwendiges Mittel darstellt, um die erwünschten Resultate zur Bekämpfung von Krankheitserregern herbeizuführen. Diese Einschätzung werde von der Erfahrung der letzten Jahre deutlich untermauert: Zu wenige Leistungserbringer hätten Screenings regelmässig und in der notwendigen Qualität durchgeführt. Ein Spital schlägt vor, Peer Reviews oder Audits zu fördern. Dadurch könnten Spitäler identifiziert werden, die sich nicht an Vorgaben hielten.

Was die mögliche Ausgestaltung der Leitlinien angeht, sind sich die meisten Befragten einig, dass es aus ökonomischer Sicht vorteilhaft wäre, die bestehenden Strukturen so weit wie möglich zu nutzen. Mit Swissnoso existiere bereits eine Organisation, die das Thema fachlich angehen könne, allenfalls in Zusammenarbeit mit den betroffenen Fachgesellschaften (u.a. für Infektiologie). Aus Sicht der Befragten wäre dies eine naheliegende und kosteneffiziente Lösung. Bei der Erstellung der Richtlinie solle aber auch die hohe Auslastung und die Vielzahl an

Verpflichtungen des medizinischen Personals beachtet werden. Das medizinische Fachpersonal sei heute schon überlastet und viele Fachkräfte verlassen die Spitäler, weil die Arbeitsbedingungen nicht stimmen. In diesem Sinn sei es wichtig, dass der zusätzliche Aufwand entschädigt würde.

Unterschiedliche Meinungen bestehen bei der Frage, wer die Kosten für Screenings tragen soll. Ein Teil der Befragten ist der Auffassung, dass Prävention und qualitätssteigernde Massnahmen zum Grundauftrag der Leistungserbringer gehören und erhebliche Kostensenkungen zur Folge haben könnten. Andere Befragte vertreten die Position, dass Bemühungen, die sich positiv auf die Qualität der Versorgung auswirken, leistungsgerecht vergütet werden müssten. In dieser Hinsicht hat ein Teil der Befragten unterstrichen, dass Prävention systematisch unterfinanziert sei. Beispielsweise werde die Verhütung von Infektionen nicht durch dedizierte Fallpauschalen vergütet.

4.4.4. Nutzen

Zum Nutzen von Screenings haben sich einzelne Spitäler geäussert. Ihrer Meinung nach würden Screenings vor Infektionen durch multiresistente Keime schützen und damit verbundene Isolationskosten und Opportunitätskosten (Ertragsausfälle) vermeiden.

4.4.5. Fazit

Die Massnahme «Screenings» würde Spitäler und andere Institutionen des Gesundheitswesens verpflichten, PatientInnen auf spezifische Krankheitserreger zu prüfen. Da schwere Infektionen vor allem in Spitälern vorkommen, wurden die Auswirkungen der Massnahme auf die Spitäler untersucht.

Die Kosten werden auf bis zu 300 CHF pro Screening geschätzt. Unklar ist, wie viele Screenings zusätzlich durchgeführt werden müssten, wenn die Spitäler zur Durchführung von Screenings verpflichtet würden. Wenn zusätzlich 10'000 Screenings nötig wären, würden ca. 3 Mio. CHF pro Jahr anfallen. Für die Entwicklung einer Testdiagnostik bei neuen Erregern könnten zusätzlich 100'000 – 200'000 CHF anfallen.

Der Nutzen der Massnahme ergibt sich durch den Schutz vor schweren Infektionen und den damit vermiedenen Kosten. Die Wirksamkeit wäre aber gefährdet, wenn die Screenings infolge mangelnder Vergütung und fehlender Stichkontrollen nicht konsequent umgesetzt würden. (Dies wäre auch bei den anderen Massnahmen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen und HAI der Fall).

4.5. Antibiotikaresistenzen und HAI: Verpflichtung zur Umsetzung von Antibiotic Stewardship-Programmen

4.5.1. Ausgangslage

Das EpG regelt die Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen nur punktuell. Die Umsetzung von Antibiotic Stewardship Programmen, die Massnahmen zum sachgemässen Einsatz von Antibiotika umfassen, ist aktuell freiwillig. Je nach Spital werden die Programme in unterschiedlichem Ausmass umgesetzt.

Die Neuregelung könnte deshalb vorsehen, dass die Spitäler zur Umsetzung von Mindestanforderungen zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen verpflichtet würden. Insbesondere sollen Spitäler, Kliniken und andere Institutionen des Gesundheitswesens dazu verpflichtet werden können, Programme zum sachgemässen Einsatz von Antibiotika (Antibiotic Stewardship-Programme) gemäss nationalen Empfehlungen umzusetzen (die derzeit noch nicht in definitiver Form vorliegen). Kernelemente solcher Programme könnten sein:

- Die Überwachung von Antibiotikaresistenzen und -verbrauch.
- Die Bereitstellung ausreichender Personalressourcen und die Bildung von multidisziplinären Antibiotic Stewardship Teams.
- Erstellen spitaleigener AB-Listen und gegebenenfalls Auflagen bei der Vergabe bestimmter Antibiotika.
- Die Erarbeitung und Umsetzung von Antibiotika-Richtlinien, insbesondere für die perioperative antimikrobielle Prophylaxe.

Betroffen von der Neuregelung wären damit primär Spitäler, Kliniken und andere Institutionen des Gesundheitswesens.

4.5.2. Auswirkungen auf die Unternehmen

Die Neuregelung hätte zur Folge, dass die Spitäler eine Fachstelle installieren müssten, die Antibiotic Stewardship-Programme umsetzen müsste. Dabei würden vor allem Personalkosten anfallen (für die Fachstelle und für die Umsetzung z.B. beim Laborpersonal).

Grundsätzlich könnte jedes Spital selbst eine solche Fachstelle etablieren. Die dafür notwendigen Ressourcen würden je nach Spitalgrösse und Patientengut variieren. Aus Sicht einiger Befragten wäre es aber zielgerichteter, wenn bspw. Universitäts- und Kantonsspitäler im Sinne von Referenzspitälern die Betreuung von kleineren Spitälern übernehmen würden. Auf Seiten der Referenzspitäler könnte eine Oberärztin oder eine leitende Ärztin die Betreuung übernehmen. Auf Seiten der kleineren Spitäler bräuchte es eine verantwortliche Person, deren Pensum wiederum von Spitalgrösse und Patientengut abhängig wäre.

Die folgende Tabelle zeigt, welche Kosten für die Umsetzung von Antibiotic Stewardship-Programme anfallen würden. Wie viele Spitäler bereits ein Stewardship-Programm umgesetzt haben, ist nicht bekannt. Ein Teil der Spitäler hat solche Programme bereits umgesetzt. Es wird angenommen, dass infolge der Neuregelung noch ca. 120-140 Spitäler solche Programme umsetzen müssten.

Tabelle 13: Stewardship-Programme: Kostenfolgen für Spitäler

Akteur/Aufgabe	Kosten pro Einheit	Anzahl Einheiten	Total erwartete Kosten
Referenzspitäler: betreuen kleinere Spitäler bei Umsetzung Stewardship-Programme	0.5 VZÄ pro Referenzspital	20-40 Referenzspitäler	Ca. 2.2-4.4. Mio. CHF/a *)
Spitäler: setzen Stewardship-Programme um	Bis zu 0.5 VZÄ für medizinische Leitung bis zu 0.5 VZÄ für technische Betreuung	Annahme: 100 Spitäler müssen Stewardship noch umsetzen	Ca. 17.5 Mio. CHF/a **)

*) Kosten basierend auf durchschnittlichem Jahressalär von 220'000 CHF.²²

**) Kosten basierend auf durchschnittlichem Jahressalär von 175'000 CHF.²³

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews.

Von einzelnen Befragten werden die Kosten für Referenzspitäler auch deutlich höher eingeschätzt, auf bis zu 500'000 CHF pro Kanton. Dies ergäbe dann über alle Kantone schätzungsweise bis zu 13 Mio. CHF. Der Unterschied zu den Angaben zu den Referenzspitalern in der obigen Tabelle ergibt sich aus unterschiedlichen Annahmen bezüglich Arbeitsaufwand.

Weitere Kosten könnten für die Erstellung von Leitlinien für Stewardship-Programmen anfallen. Diese Aufgabe könnten beispielsweise Swissnoso und die Fachgesellschaft für Infektiologie übernehmen. Der Aufwand hierfür konnte nicht beziffert werden.

Pharmabranche

Gemäss der Mehrheit der Befragten müsse wegen der erweiterten Umsetzung von Stewardship-Programmen kaum mit einem Umsatzrückgang bei Antibiotika gerechnet werden. Antibiotika seien im Vergleich zu Originalpräparaten und innovativen Therapien sehr erschwinglich und stellten keine gewichtige Kostenposition bei der Behandlung von Erkrankten dar. Ein allfälliger negativer Effekt auf den Umsatz von Antibiotika wäre vernachlässigbar.

²² Durchschnitt aus 140'000 -300'000 CHF/Jahr (Bandbreite für Jahreslöhne Oberärztin, leitende Ärztin).

²³ Durchschnitt aus 200'000 CHF/Jahr für medizinische Leitung und 150'000 CHF/Jahr für technische Betreuung.

4.5.3. Einschätzungen der Akteure

Wie bereits bei Screenings erwähnt, ist die Mehrheit der Leistungserbringer der Ansicht, dass Aufwendungen für Stewardship-Programme, Screenings und Surveillance-Programme zusätzlich abgegolten werden sollten. Begründet wird dies u.a. mit der Datenqualität. Dem stehen einzelne Leistungserbringer, Behörden und Versicherer gegenüber, die der Ansicht sind, dass diese Leistungen zum Grundauftrag eines Spitals gehören.

Viele der befragten VertreterInnen der Leistungserbringer sehen den Fachkräftemangel als grosse Herausforderung im Zusammenhang mit der Implementierung und Durchführung von Stewardship-Programmen. Fachkräfte fehlten insbesondere in der Infektiologie.

Einige Leistungserbringer schlagen auch vor, die Richtlinien für Stewardship-Programme weiterzuentwickeln. Swissnoso könnte zusammen mit den Fachgesellschaften diese Aufgabe übernehmen. Eine mögliche Lösung bestünde darin, die Empfehlungen und allenfalls die Lernmodule von Swissnoso für verbindlich zu erklären. Aus Sicht eines Behördenvertreters sind Qualitätssicherungsmassnahmen nicht notwendigerweise im EpG definieren, ausser sie sollen auf die Alters- und Pflegeheime ausgeweitet werden.

4.5.4. Nutzen

Aus Sicht der Spitäler sind Stewardship-Programme nützlich.

4.5.5. Alternativen

Ein Spital schlägt vor, anstelle einer Verpflichtung für Stewardship-Programme Peer Reviews oder Audits zu fördern. Dadurch könnten Spitäler identifiziert werden, die sich nicht an Vorgaben hielten (z.B. beim Einsatz von Antibiotika). Für die Durchführung kämen z.B. Swissnoso oder ausländische Stellen in Frage (mit letzteren würde die Unabhängigkeit gewährleistet). Swissnoso wäre qualifiziert, weil sie Audits auch für die Surgical site infection surveillance durchführen. Zurzeit wären aber nicht genügend qualifizierte personelle Ressourcen vorhanden. Die Kosten für rund 50 Audits pro Jahr werden ganz grob auf ca. 400'000 CHF geschätzt.

4.5.6. Fazit

Die Massnahme «Antibiotic Stewardship-Programme» würde Spitäler und andere Institutionen des Gesundheitswesens verpflichten, Programme zum sachgemässen Einsatz von Antibiotika umzusetzen.

Die Kosten für die Umsetzung der Massnahme könnten mit rund 20 Mio. CHF pro Jahr relativ hoch ausfallen, allerdings ist unklar, wie viele Spitäler aufgrund einer Neuregelung zusätzlich Antibiotic Stewardship-Programme durchführen müssten. Unter der Annahme, dass ca. 100 Spitäler ein solches Programm noch umsetzen müssten, würden ca. 17.5 Mio. CHF pro Jahr

anfallen. Hinzu kämen 2-4 Mio. CHF pro Jahr für die Betreuung von kleineren Spitälern durch Referenzspitäler.

Der Nutzen ist gemäss den Befragten gegeben. Eine Schätzung war infolge fehlender Angaben aber nicht möglich. Allenfalls könnte eine Schwellenwertüberlegung helfen, Kosten-Nutzen der Massnahme zu beurteilen. Studien deuten darauf hin, dass Stewardship-Programme in Spitälern eine wirksame Strategie sind, um den Antibiotikaeinsatz zu optimieren und die Entwicklung von Resistenzen zu verhindern.²⁴ Schätzungen gehen davon aus, dass Antibiotikaresistenzen in der Schweiz jedes Jahr zu mehreren Hundert Todesfällen beitragen könnten.

Bei Kosten von 20 Mio. CHF pro Jahr für Stewardship-Programme, müssten dafür nur wenige Todesfälle infolge von Antibiotikaresistenzen vermieden werden.²⁵ Insofern wäre das Kosten-Nutzen-Verhältnis positiv zu bewerten.

Die Zielerreichung der Massnahme könnte aber gefährdet sein, einerseits durch den Fachkräftemangel und andererseits, wenn es nicht gelingen würde, eine Vergütung für den Aufwand der Spitäler festzulegen. Die Umsetzung der Programme sei sehr aufwendig und daher für kleinere und mittlere Spitäler ohne Entschädigung nicht umsetzbar.

4.6. Entschädigungsregelung: Finanzhilfen für die Wirtschaft und Übernahme der Kosten für pandemiebedingte Mehrausgaben/Mindereinnahmen bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen

4.6.1. Ausgangslage

Das geltende EpG enthält bezüglich der Entschädigung von wirtschaftlichen Branchen, die aufgrund staatlicher Massnahmen der Krankheitsbekämpfung einen Schaden erleiden, nur rudimentäre Regelungen. Mit der Revision des EpG soll deshalb eine gesetzliche Regelung zu Entschädigungen / Finanzhilfen für wirtschaftliche Branchen verankert werden, die aufgrund staatlicher Massnahmen der Krankheitsbekämpfung einen Schaden erleiden. Dabei sollen u.a. die Entschädigung bei Erwerbsausfällen für Selbstständige und Angestellte, Liquiditätshilfen für Unternehmen und Härtefallmassnahmen in der besonderen und ausserordentlichen Lage geregelt werden. Gemäss den Empfehlungen des BAG soll sich die gesetzliche Regelung an folgenden Eckwerten orientieren:

- Beschränkung auf eine Grundsatzregelung im Gesetz
- Betonung des Grundsatzes der Selbstverantwortung von Unternehmen / privaten Akteuren

²⁴ Vgl. zum Beispiel: Dellit et al. 2007: Die systematische Überprüfung und Metaanalyse von 35 Studien hat gezeigt, dass die Implementierung von Antibiotic-Stewardship-Programmen in Spitälern zu einer signifikanten Reduktion des Antibiotikaverbrauchs und zu einer Verringerung der Inzidenz von Antibiotikaresistenzen führen kann. Eine weitere Studie (Nathwani et al. 2019) ergab, dass Stewardship-Programme in Spitälern auch dazu beitragen können, die Länge des Krankenhausaufenthalts, die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung und die Mortalität von Patienten zu reduzieren.

²⁵ Dies unter der Annahme, dass der Wert eines statistischen Lebens ca. 5 Mio. CHF beträgt (vgl. Schleiniger/Blöchliger 2006).

- Entschädigung nur bei erheblichen Schäden
- Entschädigungspflicht des Staates muss zeitlich begrenzt werden
- im Falle von Kantonsanteilen bei Massnahmen des Bundes müssen zwingend Konsultationen der Kantone durchgeführt werden

Zum Zeitpunkt der Auftragsbearbeitung war noch nicht klar, ob eine allfällige Entschädigungsregelung bzw. Finanzhilfen nur für den Pandemiefall im EpG oder genereller in einem anderen Gesetz geregelt werden sollen. In den Gesprächen mit den Akteuren stand deshalb die Frage im Vordergrund, inwieweit die Kosten zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt werden sollten.

Zusätzlich haben wir die Kostenfolgen der «Übernahme von pandemiebedingten Mehrausgaben/Mindereinnahmen bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen» untersucht. Diese Massnahme war in den Empfehlungen des BAG im September 2022 (BAG 2022) nicht weiter ausgeführt.

4.6.2. Auswirkungen auf Bund und Kantone

Entschädigungen/Finanzhilfen

Die Kostenfolgen einer Regelung zu Entschädigungen und Finanzhilfen für die Wirtschaft lassen sich nur schwer abschätzen. Je nach Krankheit und den damit verbundenen Massnahmen zur Krankheitsbekämpfung können die Kosten unterschiedlich hoch ausfallen. In der Covid-19-Pandemie, die als allfällige Orientierungsgrösse dienen kann, hat der Bund 3.7 Mrd. CHF für Erwerbsausfallentschädigungen ausgeschüttet (siehe Tabelle 14), zudem sind noch Überbrückungskredite in der Höhe von 9.8 Mrd. CHF laufend (siehe Tabelle 15).²⁶ Die Kantone haben 5.4 Mrd. CHF für Härtefallunterstützungen ausgeschüttet (siehe Tabelle 16).

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die vom Bund finanzierten Erwerbsausfallentschädigungen. In den verschiedenen Positionen sind insgesamt 2.7 Mrd. CHF Leistungen an Selbstständige enthalten.

²⁶ Privatpersonen (Angestellte) wurden durch Erwerbsausfallentschädigungen unterstützt, Unternehmen durch Kredite.

Tabelle 14: Vom Bund finanzierte Erwerbsausfallentschädigungen (März 2020 bis April 2022)

Entschädigung für/wegen	Anzahl Betroffene	Kosten [in Mio. CHF]
Härtefälle	66'013	1'298
Zwangsschliessung	79'686	1'155
Arbeitnehmende in arbeitgeberähnlicher Stellung	33'054	746
Quarantäne	253'635	245
Veranstaltungsverbot	11'570	198
Gefährdete Arbeitnehmende und Selbstständige	4'730	51
Kinderbetreuung, inkl. Intensivpflege/Sonderschule	20'968	44
Total	469'835	3'736

Aufgrund von Rundungseffekten können Additionsdifferenzen auftreten.

Tabelle INFRAS. Quelle: BSV (2022).

Neben den Erwerbsausfallentschädigungen hat der Bund auch Überbrückungskredite in der Höhe von knapp 17 Mrd. CHF gewährt (Tabelle 15).

Tabelle 15: Vom Bund finanzierte Covid-19-Überbrückungskredite (Stand 09.11.2022)

Art des Kredits	Anzahl Kredite	Durchschnittlicher Betrag [in kCHF]	Gewährtes Kreditvolumen [in Mio. CHF]
Gewährte Covid-19-Kredite	137'863	123	16'923
Vollständig zurückbezahlte Covid-19-Kredite	32'901	198	- 6'499
Covid-19-Kredite mit Honorierungen ²⁷	8'120	77	- 627
Total laufende Covid-19-Kredite	96'842	101	9'798

Die Zahlen basieren auf dem gesamten gewährten Kreditbetrag und nicht nur dem Anteil von 85%, der durch den Bund verbürgt wird. Die restlichen 15% werden von der Bank getragen. Aufgrund von Rundungseffekten können Additionsdifferenzen auftreten.

Tabelle INFRAS. Quelle: EFD und WBF (2022a).

Schliesslich haben die Kantone Härtefallunterstützungen an Unternehmen ausgerichtet, die von der Pandemie besonders stark betroffen waren.²⁸ Die Unterstützungen umfassen à-Fonds-perdu-Beiträge, rückzahlbare Darlehen, Bürgschaften und Garantien. Insgesamt wurden 35'104

²⁷ Bei den Bürgschaftshonorierungen von gewährten Solidarbürgschaften handelt es sich um Covid-19-Überbrückungskredite, für welche die Banken die Bürgschaft in Anspruch genommen haben. Mit der Überweisung des honorierten Betrags von den Bürgschaftsorganisationen an die Banken werden die Forderungen gegenüber den Kreditnehmenden den Bürgschaftsorganisationen übergeben.

²⁸ auch noch Härtefallunterstützung gewährt. Ebenfalls basierend auf dem Covid-19-Gesetz und den Covid-19-Härtefallverordnungen 2020 und 2022 hat sich der Bund

Unternehmen unterstützt. Der Bund hat sich an den Beiträgen der Kantone an die Unternehmen beteiligt. Tabelle 16 gibt eine Übersicht über die Härtefallunterstützungen, die von den Kantonen ausbezahlt oder gesprochen wurden (inklusive Beiträge des Bundes).

Tabelle 16: Von den Kantonen finanzierte Härtefallunterstützungen (inkl. Beiträge Bund) (März 2020 bis Dez. 2022)

Finanzierungsinstrument		Total [Mio. CHF]
Ausbezahlte A-Fonds-perdu-Beiträge	Covid-19-Härtefallverordnung 2020	4'739
	Bundesratsreserve	214
	Covid-19-Härtefallverordnung 2020	
	Covid-19-Härtefallverordnung 2022	187
Gesprochene Darlehen/Bürgschaften/ Garantien	Covid-19-Härtefallverordnung 2020	220
Total		5'361

Die Zahlen werden vierteljährlich nachgeführt. Aufgrund von Rundungseffekten können Additionsdifferenzen auftreten

Tabelle INFRAS. Quelle: EFD und WBF (2022b).

Pandemiebedingte Kosten

Als direkte pandemiebedingte Kosten werden die Gesundheitskosten bezeichnet, die den Leistungserbringern im Gesundheitswesen während der Coronapandemie in Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung entstanden sind. Pandemiebedingte Kosten können je nach Entwicklung der Epidemie unterschiedlich hoch ausfallen.

In der Covid-19-Pandemie, die als allfällige Orientierungsgrösse dienen kann, sind dem Bund insgesamt rund 6.1 Mrd. CHF pandemiebedingte Mehrausgaben entstanden (siehe folgende Tabelle). Der Grossteil der Mehrausgaben wurde durch die Übernahme von Testkosten verursacht. Auf Seiten der Kantone sind pandemiebedingte Mehrausgaben zwischen 1.7-2.2 Mrd. CHF angefallen. In diesen Beträgen nicht erfasst sind die indirekten pandemiebedingten Kosten der Kantone (z.B. Contact Tracing, Betrieb von Hotlines). Total belaufen sich die von Bund und Kantonen finanzierten pandemiebedingten Mehrausgaben auf rund 8 Mrd. CHF.

Tabelle 17: Direkte pandemiebedingte Kosten des Bundes und der Kantone

Kostenart [in Mio. CHF]	Rechnung 2020	Rechnung 2021	Voranschlag 2022	Total
Bund				
Beschaffung medizinischer Güter: Sani- tätsmaterial	428	19	34	481
Beschaffung medizinischer Güter: Impf- stoffe ^{a)}	145	572	376	1'093
Impfleistungen und Beschaffung von Arzneimitteln	3	22	83	108
Übernahme Tests SARS-CoV-2 ^{b)}	417	2'278	1'615	4'310
Einsatz von Armeeangehörigen ^{c)}		150		150
Total Bund	993	3'041	2'108	6'142
Kantone				
Impfungen	5	304	k.A.	310
Tests	31	66	k.A.	97
Stationärer Bereich: Behandlungs- kosten	233 – 274	279 – 330	k.A.	625 – 739
Stationärer Bereich: Bereitstellung spe- zifischer Kapazitäten Spitäler	232 – 580	204 – 315	k.A.	436 – 895
Restkostenfinanzierung Pflege	37	31	k.A.	68
Beschaffung und Weiterverteilung oder Abgabe medizinischer Güter	97	18	k.A.	115
Total Kantone	686 – 1'085	964 – 1'138	k.A.	1'650 – 2'223
Gesamtsumme [in Mio. CHF]	1'628 – 2'017	3'943 – 4'105	2'108	7'679 – 8'230

Bei den dargestellten Zahlen handelt es sich um Grössenordnungen. Aufgrund von Rundungseffekten können Additionsdifferenzen auftreten.

^{a)} Abzüglich Rückzahlungen.

^{b)} Inklusive Rückstellungen für die Jahre 2020 und 2021.

^{c)} Stand 31.03.2022. In der Zeile «Gesamtsumme» unter Voranschlag 2022 aufgeführt.

k.A. = keine Angabe, weil sich Angaben nicht auf das ganze Jahr beziehen bzw. unvollständig.

Tabelle INFRAS. Quellen: INFRAS (2023): Kosten Kantone (Tests und Impfungen), Bundesrat (2022): übrige Werte.

4.6.3. Auswirkungen auf die Leistungserbringer

Pandemiebedingte Mehrausgaben

Die Bewältigung der Covid-19-Pandemie war mit einem erheblichen Mehraufwand für die Gesundheitseinrichtungen verbunden. Diese mussten eine Mehrzahl von organisatorischen Massnahmen umsetzen, um die Herausforderungen zu bewerkstelligen, die die Ausbreitung des Virus mit sich gebracht hat. Zu diesen Massnahmen zählen prozessuale Anpassungen wie die Trennung von Patientenströmen innerhalb der Gesundheitseinrichtung oder die Bereitstellung

spezifischer Kapazitäten, z.B. Ausbau der Bettenkapazitäten und der dazugehörigen Infrastruktur. Die Ausgaben für diese und weitere Massnahmen wie die Freihaltung von (Intensiv-)Betten können grundsätzlich nicht im Rahmen der vom KVG vorgesehen Finanzierungsstrukturen finanziert werden und wurden während der Covid-19-Pandemie massgeblich von den Kantonen übernommen. Wie im Abschnitt 4.6.2 festgehalten, haben die Kantone direkte pandemiebedingte Mehrausgaben in der Höhe von bis zu 2.2 Mrd. CHF übernommen.

Pandemiebedingte Mindereinnahmen

Die von den Behörden eingeleiteten gesundheitspolitischen Massnahmen können neben Mehrausgaben theoretisch auch Mindereinnahmen für die Gesundheitsbranche zur Folge haben. Eine solche Massnahme ist das temporäre Verbot von nicht dringend angezeigten medizinischen Eingriffen, das der Bundesrat während der ausserordentlichen Lage erlassen hat, um eine Überlastung der Spitäler und insbesondere ihrer Intensivstationen zu vermeiden.

Untersuchungen beziffern die Ertragsausfälle der Akutspitäler für das Jahr 2020 auf 0.6 bis 1.1 Mrd. CHF.²⁹ Private Gesundheitsakteure, deren Jahresumsatz um über 40% zurückgegangen ist, können gemäss Bericht des Bundesrates über die Covid-19-Härtefallverordnung unterstützt werden, wenn sie die Anforderungen von Bund und Kanton erfüllen.³⁰ Eine weitere Studie schätzt den Gewinnrückgang der Allgemeinspitäler im Jahr 2020 auf 600 Mio. CHF.³¹ Im Laufe der Covid-19-Pandemie wurden die pandemiebedingten Gewinnrückgänge der Spitäler, die auf das bundesrätliche Verbot planbarer Eingriffe zurückgeführt werden können, grösstenteils aufgeholt.³²

4.6.4. Auswirkungen auf die Versicherer

Das teilrevidierte EpG soll auch die Aufteilung der Kostenlast einer möglichen Entschädigungsregelung zwischen den unterschiedlichen Kostenträgern regeln. Falls die Versicherer für die allfälligen pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehrausgaben der Leistungserbringer im Gesundheitswesen aufkommen müssten, würden sie diese Kosten gemäss eigenen Aussagen an die Versicherten überwälzen. Gemäss den Versicherern würde eine solche Neuregelung bewirken, dass jede weitere Milliarde, die von den Versicherern getragen werden müsste, in etwa einer Prämienhöhung um drei Prozentpunkte entspräche. Wenn die Mehrausgaben von Bund und Kantonen während der Covid-Krise in der Höhe von ca. 8 Mrd. CHF als Basis genommen werden, dann wären die Prämien um ca. 25% gestiegen.

²⁹ PwC und SpitalBenchmark 2021.

³⁰ Bundesrat 2022.

³¹ Swiss Economics 2021.

³² Swiss Economics 2021.

4.6.5. Auswirkungen auf die Wirtschaft

Die Kostenfolgen einer Entschädigungsregelung auf die Wirtschaft lassen sich am Beispiel Covid-19-Pandemie illustrieren. Gemäss Wirtschaftsverbänden haben die Zwangsschliessungen infolge der gesundheitlichen Massnahmen über alle Branchen hinweg bis zu 700-800 Mio. CHF am Tag gekostet. Dank den Unterstützungsbeiträgen von Bund und Kantonen in Form von Erwerbsausfallentschädigungen, Überbrückungskrediten und Härtefallunterstützungen konnten Betriebsschliessungen und der Verlust von Arbeitsplätzen vermieden werden.

Der Aufwand von kleinen und mittleren Unternehmen für die Beantragung staatlicher Finanzhilfen belief sich gemäss einem Wirtschaftsvertreter auf durchschnittlich 1-2 Tage. Obwohl die anderen befragten VertreterInnen der Wirtschaft keine genauere Angabe bezüglich des administrativen Mehraufwands machen konnten, der bei den KMU für die Beantragung staatlicher Finanzhilfe angefallen ist, haben sie unterstrichen, dass dieser Aufwand erheblich gewesen sei.

4.6.6. Einschätzungen der Akteure

Entschädigungsregelung: Kostenfolgen

Die meisten Befragten hatten Mühe, sich eine plausible Ausgestaltung einer allfälligen Entschädigungsregelung vorzustellen, und haben kaum konkrete Einschätzungen über die finanziellen Auswirkungen dieses Revisionsvorschlags abgeben wollen. Die finanziellen Auswirkungen einer Pandemie auf die Wirtschaft hängen ihrer Meinung nach auch stark mit dem Risiko zusammen, das die Ausbreitung eines bestimmten Erregers für die öffentliche Gesundheit darstellt. Mit Hinblick darauf haben die Befragten stets die Covid-19-Pandemie als mögliches Referenzszenario hervorgehoben und gleichzeitig betont, dass die effektiven finanziellen Folgen eines anderen Erregers nach unten oder oben von diesem Referenzszenario abweichen können.

Entschädigungsregelung: Fehlanreize

Gemäss den Befragten könnten die Wirtschaftsakteure durch die ex-ante-Regelung von Entschädigungen möglicherweise ein falsches Signal erhalten. Aus ökonomischer Sicht würde ein Fehlanreiz gesetzt, wenn bei Unternehmen die Erwartungshaltung geweckt wird, dass der Staat sie auch in künftigen Krisen nach dem aus der Covid-19-Pandemie bekannten Muster durch finanzielle Abfederungsmassnahmen unterstützen würde. Wenn im EpG feststehen würde, dass Unternehmen/Selbstständige finanziell unterstützt werden können, schmälere dies den Anreiz, ein finanzielles Polster aufzubauen. Staatliche Finanzhilfen in diesem Ausmass würden einen wesentlichen Teil des unternehmerischen Risikos auf den Staat überwälzen. Zudem könnte dadurch der pandemieunabhängige Strukturwandel behindert werden.

Verschiedentlich wird eine Regelung im EpG auch damit begründet, dass dann ein schneller Vollzug möglich sei. Einzelne BundesvertreterInnen schätzen den Nutzen eines schnellen Vollzug geringer ein als den Schaden, der infolge von Fehlanreizen (unzureichende Selbstverantwortung) entstehen könnte.

Entschädigungsregelung: Bedingungen für Unterstützung

Befragte aus allen Interessensgruppen betonen, dass staatliche Finanzhilfen nicht bedingungslos gewährt werden dürfen. Mögliche Bedingungen wären beispielsweise ein Selbstbehalt seitens der Unternehmen oder der Abschluss einer privaten Pandemieversicherung. Einzelne Befragte schlagen auch vor, dass der Staat in Zukunft nur diejenigen Unternehmen finanziell unterstützen soll, die risikobasierte Schutzkonzepte erstellen oder eine ausgewogene Teststrategie umsetzen. Aus Sicht von Wirtschafts- und Behördenvertretern wären ausserdem folgende Bedingungen für Finanzhilfen denkbar:

- Kurz- bzw. mittelfristige Überlebenschancen eines Unternehmens ohne Finanzhilfe.
- Die Fähigkeit eines Unternehmens, aus eigener Kraft die Krise zu bewältigen.
- Die Anstrengungen, die ein Unternehmen vor der Krise unternommen hat, um sich für den Krisenfall zu wappnen (z.B. Aufbau eines finanziellen Polsters, Abschluss einer Pandemieversicherung).
- Allenfalls den Mehrwert, der ein Unternehmen für die Gesellschaft bzw. für die Wirtschaft generiert.

Nach Ansicht von Behördenvertretern müsste ausserdem sichergestellt sein, dass Massnahmen (z.B. vorübergehende Geschäftsschliessungen), die zu Entschädigungen führen, staatlich verordnet werden. Ansonsten würde es für Betriebe zu einfach, ihre Geschäftstätigkeit vorübergehend einzustellen und Finanzhilfe zu beantragen. Einzelne Kantonsvertreter weisen noch darauf hin, dass für die Finanzhilfen nicht zwischen der Gesundheitsbranche und dem Rest der Wirtschaft unterschieden werden solle.

Gemäss Wirtschafts- und BehördenvertreterInnen dürfte eine staatliche Finanzhilfe, die an gewisse Bedingungen geknüpft ist, ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen.

Entschädigungsregelung: Kostenaufteilung

Schliesslich vertreten Befragte aller Interessensgruppen die Ansicht, dass die staatliche Einheit, die einschränkende gesundheitliche Massnahmen beschliesst, allfällige daraus resultierende Einkommens- bzw. Ertragsausfälle zumindest teilweise kompensieren müsse.

Die meisten Leistungserbringer sind sich einig, dass es zielführender und effizienter ist, wenn globale Bedrohungen wie Pandemien auf Bundesebene angegangen werden.

Entschädigungsregelung: Regelung im EpG

Die Mehrheit der Befragten, vor allem die VertreterInnen der Versicherer, der Wirtschaft und der öffentlichen Behörden, ist der Auffassung, dass eine Entschädigungsregelung nicht bzw. nicht notwendigerweise im EpG geregelt werden sollte. Die Gründe für diese Position sind vielseitig. Erstens könnten die Herausforderungen der nächsten Pandemie sehr unterschiedlich sein und zweitens würde ein allfälliger Staatseingriff möglicherweise Forderungen nach weiteren Interventionen mit sich ziehen. Falls eine Entschädigungsregelung im EpG verankert werden sollte, dann solle diese möglichst allgemein gehalten werden und den Kosten- und Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung hinreichend Spielraum einräumen. In diesem Sinn sei von Automatismen womöglich abzusehen, die Bund und Kantone dazu verpflichten, den Leistungserbringern im Spezifischen oder Unternehmen im Allgemeinen Finanzhilfe zu leisten. Die Befragten stellen sich vereinzelt auf den Standpunkt, dass die bestehenden Finanzierungsinstrumente (Kurzarbeit,³³ Überbrückungskredite, Erwerbsausfallentschädigung) genügen und gut funktionieren würden. Sie sehen deshalb keinen Bedarf für den Ausbau staatlicher Unterstützungsprogramme für die Wirtschaft.

Eine ex-ante-Regelung soll aus Sicht eines Bundesvertreters nicht im Gesetz verankert werden – weder im EpG noch in einem anderen Gesetz. Die Abfederung der wirtschaftlichen Folgen der Covid-19-Pandemie auf die Wirtschaft sei ein Beweis dafür. Die politischen Entscheidungsträger könnten bei Bedarf auch in Zukunft Härtefallmassnahmen beschliessen, falls dies nötig ist. Unternehmen, die langfristig überlebensfähig seien und finanzielle Unterstützung benötigen würden, könnten diese weiterhin beantragen und durch die bestehenden Finanzierungsinstrumente beziehen, z.B. in Form von Kurzarbeitsentschädigung oder Härtefallgeldern. Diese hätten sich gut bewährt, auch während der Covid-19-Pandemie. Daher brauche es diesbezüglich keine Anpassung der einschlägigen Rechtsgrundlagen im Allgemeinen und im Spezifischen des EpG. Diese Sicht wird teilweise auch von anderen Bundes- und Kantonsvertretern unterstützt.

4.6.7. Alternativen

Entschädigungsregelung

Eine Alternative zur Entschädigungsregelung sehen einige Befragte (Wirtschafts-, Versicherer- und BehördenvertreterInnen) in den bestehenden Finanzierungsinstrumenten. Diese hätten sich in der Vergangenheit bewährt und genügte für die adäquate Abfederung von Wirtschaftskrisen. Ausserdem könnte die Politik bei Bedarf immer noch massgeschneiderte Massnahmen

³³ Kurzarbeit wurde explizit genannt. Gemäss BAG ist die Kurzarbeitsentschädigung keine wirkliche Alternative zur Entschädigungsregelung, weil andere Zielgruppen im Fokus stünden.

beschliessen. Damit liessen sich die betroffenen Unternehmen oder Privatpersonen rechtzeitig, gezielt und vorübergehend unterstützen, so wie während der Coronapandemie.

4.6.8. Nutzen

Aus Sicht der Wirtschaft ist die Liquiditätshilfe ein sehr nützliches Instrument. Liquidität zu gewährleisten, insbesondere während einer wirtschaftlich herausfordernden Situation, sei für die meisten Unternehmen und Selbstständige aufgrund der hohen Opportunitätskosten sehr kostspielig. Eine Entschädigungsregelung wie in der Covid-19-Pandemie mit einfach zu erfüllenden Förderkriterien und geringem administrativen Aufwand habe einen hohen Nutzen für die Wirtschaft.

4.6.9. Fazit

Die Entschädigungsregelung sieht Finanzhilfen für wirtschaftliche Branchen vor, die aufgrund staatlicher Massnahmen der Krankheitsbekämpfung einen Schaden erleiden. Die Kostenfolgen sind schwierig zu beziffern, weil die notwendige Unterstützung je nach Krankheitsbekämpfung unterschiedlich hoch ausfallen könnte. Während der Covid-19-Pandemie haben Bund und Kantone fast 19 Mrd. CHF an Erwerbsausfallentschädigungen, Überbrückungskrediten und Härtefallunterstützungen ausgerichtet. Hinzu kamen ca. 8 Mrd. CHF von Bund und Kantonen für pandemiebedingte Mehrausgaben der Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Die pandemiebedingten Minderausgaben der Spitäler konnten gemäss Studien grösstenteils aufgeholt werden. Würden Mehrausgaben statt von Bund und Kantonen von den Versicherern getragen, würden die Prämien steigen. In der Covid-19-Krise wären es gegen 25% gewesen.

Der Nutzen ist aus Sicht der Befragten gegeben, ohne Entschädigungsregelung wäre mit hohen Opportunitätskosten zu rechnen, viele Betriebe müssten schliessen und Beschäftigte würden entlassen.

Angesichts der potenziellen wirtschaftlichen Schäden wäre eine vorgängige Entschädigungsregelung grundsätzlich vertretbar. Die Finanzhilfen müssten jedoch an Bedingungen geknüpft werden (z.B. Selbstbehalt, Abschluss einer Pandemieversicherung, langfristige Wettbewerbsfähigkeit), um Fehlanreize zu verhindern. Durch die geeignete Ausgestaltung einer möglichen Entschädigungsregelung könnte damit verhindert werden, dass das unternehmerische Risiko grösstenteils auf den Staat überwälzt wird.

Eine Entschädigungsregelung im EpG wäre sodann insofern zweckmässig, als die betroffenen Betriebe dann wissen, dass ihnen geholfen wird, und sie so bessere Planbarkeit erhalten. Solange die Gewährung von Finanzhilfen an Bedingungen geknüpft ist, dürften sich die Fehlanreize in Grenzen halten.

Ob eine Entschädigung im EpG oder in einem anderen Gesetz geregelt werden soll, können wir nicht beurteilen und wäre juristisch zu prüfen.

4.7. Neuregelung der Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln

4.7.1. Ausgangslage

Für die Nutzung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln bestehen derzeit komplexe Regelungen in KVG und EpG, Regelungslücken und auch Fehlanreize. Dieser Umstand erschwert eine effektive und effiziente Nutzung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln als Instrumente zur Bewältigung von besonderen Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit erheblich. Im Hinblick auf die Bedrohung durch übertragbare Krankheiten (z.B. Auftreten/Ausbruch neuartiger Erreger, Epidemien) soll deshalb im Rahmen der Revision EpG die Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln neu geregelt werden.

Gemäss Empfehlungen des BAG würde die Neuregelung zum einen festlegen, wer die Kosten für Tests, Impfungen und Arzneimittel übernimmt. Zum anderen sollen auch Massnahmen zur Verringerung der Anforderungen an die Kostenübernahme (z.B. Aufnahme in Analysenliste, Festsetzung Tarife) geprüft werden. Die konkrete Ausgestaltung der Regelung war im September 2022 jedoch noch nicht festgelegt. In den Gesprächen mit den Akteuren stand deshalb die Frage im Vordergrund, wie die Kosten von Tests, Impfungen und Arzneimitteln auf die Kostenträger aufgeteilt werden sollten.

In der Zwischenzeit hat das BAG die Neuregelung in Form von Empfehlungen präzisiert. An der Hauptzielsetzung, mit der Revision die Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln in EpG und KVG zu regeln, hat sich nichts geändert. Allerdings sieht das BAG nun für Impfungen, Tests und Arzneimittel separate Finanzierungsmodelle vor. Die Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln müsse in EpG und KVG revidiert werden, dies im Hinblick auf

- a) Situationen einer besonderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch neue, sich verändernde, und/oder sich stark ausbreitende Krankheiten,
- b) nationale Strategien zur Elimination / Eradikation übertragbarer Krankheiten.

Die drei Finanzierungsmodelle sind nachfolgend kurz beschrieben:

Finanzierung von Impfungen

In Situationen einer besonderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch neue, sich verändernde und/oder sich stark ausbreitende übertragbare Krankheiten beschafft der Bund die Impfstoffe und übernimmt die Kosten für die Beschaffung und den Transport in die Kantone. Die Kantone übernehmen alle Kosten im Zusammenhang mit der innerkantonal organisierten

Impfstofflogistik und der Verabreichung der Impfungen. Auf die OKP entfallen keine Kosten. Art. 73 EpG wird entsprechend geändert. Dabei wird auch geregelt, dass nur vom Bund empfohlene Impfungen übernommen werden. Für Impfungen, die nicht empfohlen werden, sowie Impfungen für Personen, die nicht zur Bevölkerung zählen, wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen, damit diese im Selbstzahlersystem abgegeben werden können.

Ausserhalb der Beschaffung durch den Bund kommt grundsätzlich die reguläre Finanzierung nach KVG und EpG zur Anwendung. Der Bund erhält im EpG die zusätzliche Kompetenz, die Kosten für von ihm empfohlene Impfungen zu übernehmen, für die ein epidemiologischer Bedarf besteht, die aber nicht in den Geltungsbereich des KVG fallen. Dies betrifft zum einen Impfungen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, der Gesellschaft oder der Wirtschaft, die nicht besonders gefährdeten Personen verabreicht werden. Es betrifft ausserdem Impfungen zum indirekten Schutz besonders gefährdeter Personen sowie Impfungen zur Elimination/Eradikation übertragbarer Krankheiten im Rahmen nationaler Programme (Public-Health-Indikation, nicht persönlicher Schutz). Treffen die Kantone Impfmassnahmen bei einem kantonalen epidemiologischen Bedarf, ohne dass eine Empfehlung des Bundes vorliegt, so übernehmen die Kantone die Kosten solcher Impfungen.

Bei einer zentralen Beschaffung eines Impfstoffs durch den Bund soll die Einzelfallvergütung via OKP nicht möglich sein bzw. nur dann möglich sein, wenn die Impfstoffe über eine Swissmedic-Zulassung verfügen und auf der Spezialitätenliste (SL) bereits gelistet sind.

Finanzierung von Tests

In Situationen einer besonderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch neue, sich verändernde und/oder sich stark ausbreitende übertragbare Krankheiten trägt der Bund die Kosten der Analysen:

- Beim ersten Auftreten einer neuen übertragbaren Krankheit trägt der Bund die Kosten der Analysen, welche im Rahmen von Rahmenverträgen mit Referenzlaboratorien durchgeführt werden. Dabei definiert das BAG, in welchen Situationen und zu welchen Bedingungen die Analysen im Referenzlabor erbracht und die anfallenden Kosten übernommen werden.
- Bei einer weiteren Verbreitung der übertragbaren Krankheit bestimmt der Bund/das EDI zur Sicherstellung der Versorgung und für einen niederschweligen Zugang, welche Leistungserbringer welche Analysen durchführen können (es können auch andere Laboratorien als das Referenzlabor Analysen durchführen). Die Voraussetzungen der Kostenübernahme werden durch den Bund oder das EDI/BAG via Verordnung festgelegt. Auch in der endemischen/pandemischen Situation mit einer maximalen Testung erfolgt die Kostenübernahme gemäss den vom Bund/EDI definierten Bedingungen durch den Bund.

Endet eine Situation einer besonderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit, kommen die regulären Finanzierungsregeln nach EpG und KVG wieder zur Anwendung. Für die OKP bedeutet dies, dass die Krankenversicherer die Kosten für die Analysen im Rahmen des Geltungsbereiches des KVG übernehmen, d.h. die Laboranalysen müssen der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

Tests, die im Rahmen von nationalen Programmen mit dem Ziel der Elimination / Eradikation von übertragbaren Krankheiten erfolgen und ausserhalb des Geltungsbereichs der OKP liegen, werden ebenfalls vom Bund übernommen. Dies betrifft z.B. die ausgedehnte regelmässige Testung von Bevölkerungsgruppen oder auch niederschwellige Tests durch nicht-OKP-zugelassene Leistungserbringer (z.B. VCT-Stellen bei sexuell übertragbaren Krankheiten).

Finanzierung von Arzneimitteln

In Situationen einer besonderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch neue, sich verändernde und/oder sich stark ausbreitende übertragbare Krankheiten sowie im Rahmen nationaler Strategien zur Elimination/Eradikation übertragbarer Krankheiten trägt der Bund die Kosten für von ihm beschaffte präventiv und therapeutisch eingesetzte Arzneimittel. Werden Arzneimittel durch Dritte beschafft und es besteht eine Swissmedic-Zulassung sowie bereits eine SL-Listung, erfolgt die Vergütung durch die OKP. Bei einer zentralen Beschaffung eines Impfstoffs durch den Bund soll die Einzelfallvergütung via OKP nicht möglich sein bzw. nur dann möglich sein, wenn die Impfstoffe über eine Swissmedic-Zulassung verfügen und auf der Spezialitätenliste (SL) bereits gelistet sind.

Die Analyse der Auswirkungen basieren auf Gesprächen mit Akteuren im September/Oktober 2022. Als Grundlage für die Gespräche dienten die Empfehlungen des BAG vom September 2022 (BAG 2022). Es ist nicht ausgeschlossen, dass die heutige Einschätzung der Akteure von den damals geäusserten Einschätzungen abweichen könnte.

4.7.2. Auswirkungen auf Bund und Kantone

Die Kosten für Tests, Impfungen, und Arzneimittel im Falle einer besonderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch übertragbare Krankheiten lassen sich nur schwer abschätzen und können je nach Krankheit unterschiedlich hoch ausfallen. In der Covid-19-Pandemie, die als allfällige Orientierungsgrösse dienen kann, haben Bund und Kantone insgesamt 5.9 Mrd. CHF für Tests, Impfungen und Arzneimittel ausgegeben (siehe folgende Tabelle). Da die Finanzierung damals nicht im EpG geregelt war, wurde die Kostenaufteilung in den Covid-19-Verordnungen geregelt.

Tabelle 18: Kosten von Bund und Kantonen für Impfungen und Tests in der Coronapandemie (2020-2022)

Kostenträger	Leistungen	Kosten Tests [Mio. CHF]	Kosten Impfungen [Mio. CHF]	Kosten Arzneimittel [Mio. CHF]
Bund	Übernahme Tests SARS-CoV-2	4'310		
	Beschaffung von Impfstoffen ^{a)}		1'093	
	Impfleistungen und Beschaffung von Arzneimitteln			108
Kantone	Testangebot organisieren	97		
	Impfzentren bereitstellen		310	
Total Bund und Kantone	Tests, Impfungen und Arzneimittel	4'407	1'403	108

Die dargestellten Zahlen beruhen teilweise auf Schätzungen.
Rechnung Bund und Kantone 2020 und 2021 und Voranschlag Bund 2022.
^{a)} Abzüglich Rückzahlungen.

Tabelle INFRAS. Quelle: Zweiter Zwischenbericht des Bundesrates (2021) und INFRAS (2023, erst im Entwurf, noch nicht veröffentlicht).

4.7.3. Auswirkungen auf die Versicherer

Mit einer Neuregelung der Finanzierung im EpG entstünden den Versicherern zusätzliche Kosten, wenn Kosten für Impfungen, Tests und Arzneimittel über die OKP abgerechnet werden könnten. Wie hoch die Kosten im Falle einer besonderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch übertragbare Krankheiten ausfallen würden, lässt sich nur schwer abschätzen. Je nach Krankheit können die Kosten unterschiedlich hoch ausfallen.

Als Orientierungsgrösse verweisen wir auf die Kosten, die den Versicherern während der Covid-19-Pandemie entstanden sind. Da die Finanzierung damals nicht im EpG geregelt war, wurde die Kostenaufteilung in den Covid-19-Verordnungen geregelt. So wurden über die OKP 264 Mio. CHF für Impfungen abgerechnet (siehe Tabelle 19). Hinzu kamen Kosten von 48 Mio. CHF für Tests, bis diese vom Bund übernommen wurden (ab dem 25. Juni 2020). Der grösste Teil der Kosten für Tests, Impfungen und Arzneimittel in der Höhe von 5.9 Mrd. CHF ging nicht zulasten der OKP, sondern wurde von Bund und Kantonen getragen (siehe Tabelle 18).

Weitere Mehraufwendungen entstanden den Versicherern für die Abwicklung der Rechnungen für Analysen auf Sars-CoV-2. Die Tests wurden einzeln abgerechnet, d.h. pro Test ging eine individuelle Rechnung an den betreffenden Krankenversicherer. Dabei war es Aufgabe der Versicherer die Rechnungen den Leistungserbringern zu vergüten. Ein grosser Teil des Mehraufwands entfiel dabei auf die Anpassung von IT-Systemen.

Bei den Impfungen haben die Leistungserbringer der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE) angegeben, wie viele Impfungen sie verabreicht haben. Die GE hat sodann die Kosten gemäss

Marktanteil auf die Krankenversicherer aufgeteilt. Bei den Krankenversicherern sind somit keine grösseren administrativen Kosten angefallen.³⁴

Tabelle 19: Kosten der Versicherer für Tests und Impfungen (2020 und 2021)³⁵

Leistungen	Kosten Tests [Mio. CHF]	Kosten Impfungen [Mio. CHF]
Tests: Technische Abwicklung der Rechnungen für Analysen auf Sars-CoV-2 (inkl. Anpassung der IT-Prozesse)	4-12 *)	
Finanzierung von Tests (vor dem 25. Juni 2020)	48	
Impfstoff und Impfleistung in Impfzentren, Apotheken, Spitälern sowie durch mobile Teams		264
Total	52-60	264

*) Grundlage für die Kosten für die technische Abwicklung: 2-6 zusätzliche Vollzeitstellen für Versicherer mit einem Marktanteil von 10%, Hochrechnung auf Gesamtmarkt (100%).

Tabelle INFRAS. Quelle: Zweiter Zwischenbericht des Bundesrates (2021), eigene Berechnungen basierend auf Angaben von Krankenkassenverbänden.

4.7.4. Einschätzungen der betroffenen Akteure

Im Folgenden werden die Ansichten der befragten Akteure dargestellt, wie die Kosten auf die verschiedenen Kostenträger aufgeteilt werden könnten, wenn die Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln neu im EpG geregelt würde. Wo möglich wurden die Einschätzungen nach Tests, Impfungen und Arzneimitteln unterschieden,

Allgemeine Einschätzungen zur Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln

Eine klare Finanzierungsregelung, die die Zuständigkeiten der einzelnen Kostenträger präzisiert, wird von allen Befragten befürwortet. Gleichzeitig sieht die Mehrheit der Befragten die Regelung der Finanzierung von Test, Impfungen und Arzneimitteln im EpG als Zwischenlösung, bis die Finanzierung über die üblichen Vergütungskanäle der OKP abgewickelt werden kann (z.B. Spezialitätenliste).

Was die Neuregelung im EpG betrifft, so sind die meisten Befragten der Ansicht, dass eine möglichst ausbalancierte Kostenübernahme zwischen Bund und Kantonen und eine Entlastung der OKP angestrebt werden sollte. Mehrere Akteure schlagen vor, dass der Bund die Finanzierung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln übernehmen soll. Dies würde eine klare und

³⁴ Allerdings müssen die Versicherer (wiederum anteilmässig) zusammen mit Kantonen und Bund die Verwaltungskosten der GE tragen.

³⁵ Daten für 2022 noch nicht verfügbar.

schweizweit einheitliche Regelung gewährleisten. Im Gegenzug könnten die Kantone die Entschädigung von allfälligen pandemiebedingten Mehrausgaben der Leistungserbringer im Gesundheitswesen finanzieren.

Aus Sicht der Versicherer stellt die Bekämpfung von Epidemien grundsätzlich eine staatliche Aufgabe dar. Die Versicherer hingegen könnten nur Kosten übernehmen, die im Zusammenhang mit der Behandlung von Krankheiten bei Einzelpersonen stehen. Präventive Massnahmen wie Impfungen könnten im Rahmen der OKP verrechnet werden, solange diese bestimmte vordefinierte Kriterien erfüllen (z.B. Empfehlung durch EKIF). Allerdings würde dann eine Kostenbeteiligung anfallen, was die Schnelligkeit und Reichweite einer Impfkampagne beeinträchtigen könnte. Ein Teil der Interviewpartner schlägt deshalb vor, dass die Kantone die im KVG vorgesehene Kostenbeteiligung der Versicherten (in Form von Franchise und Selbstbehalt) übernehmen, sofern es sich um Massnahmen handelt, die auf die Verhütung oder Eindämmung von übertragbaren Krankheiten abzielen. Eine Kostenbeteiligung der Versicherten sei nämlich hinsichtlich des Ziels, die öffentliche Gesundheit bestmöglich zu schützen, nicht zielführend – jedenfalls wenn die Zielsetzung der Bewältigungsstrategie laute, dass sich möglichst viele Personen testen und impfen lassen sollen.

Einige Befragte, u.a. VertreterInnen der Behörden und der Versicherer, gehen davon aus, dass gewisse Aspekte der revidierten Finanzierungsregelung für Tests, Impfungen und Arzneimittel Anpassungen anderer Rechtsnormen notwendig machen könnten, z.B. des HMG oder des KVG respektive dessen Verordnungen. Ob dies der Fall sein wird, könne aber erst dann abschliessend beurteilt werden, wenn die Revisionsinhalte des EpG feststehen. Grundsätzlich sei das KVG-System in seiner aktuellen Form mit Prämienfinanzierung nicht auf eine Pandemie ausgelegt. Mit der Revision EpG werden deshalb die Rechtsgrundlagen geschaffen, damit der Bund in Situationen einer besonderen Bedrohung übergangsweise die anfallenden Kosten übernehmen kann.

Finanzierung von Tests

Ein Grossteil der Befragten findet, dass die Kosten von epidemiologischen Tests³⁶ weiterhin vom Staat übernommen werden sollen. Die meisten Befragten finden, dass die Finanzierungsregelung für Tests – insbesondere für die epidemiologischen – differenzierter auszugestalten sei als diejenige für Impfungen. In diesem Sinn sollte die Kostenübernahme für Tests restriktiver ausfallen als diejenige für Impfungen: Gemäss den Interviewpartnern sollten deshalb Impfungen stets kostenlos verabreicht werden sollten, solange diese der Bekämpfung einer beson-

³⁶ Epidemiologische Tests: verdachtsunabhängige Tests zu präventiven Zwecken in Betrieben, Schulen etc.

deren Bedrohung der öffentlichen Gesundheit dienen. Es brauche jedoch Anreize, die die Inanspruchnahme von Tests mit der Zeit unattraktiv machen.³⁷ Die Befragten begründen das Primat der Impfungen u.a. damit, dass nur Impfungen bieten Schutz vor einer Ansteckung. Tests könnten sehr hohe Kosten verursachen.³⁸ Dazu trügen sowohl die grosse Anzahl durchgeführter Tests als auch die vergleichsweise höheren Vergütungssätze bei. Daher solle der Staat nur zeitweise und nicht in allen Fällen (z.B. zu Reisezwecken) die Kosten der Bereitstellung eines Testangebots vollumfänglich tragen.

Die befragten Versicherer betrachten es als ungeeignet, Tests, die zu epidemiologischen Zwecken eingesetzt werden, über die OKP zu finanzieren (als Position auf der Analyseliste). Darüber hinaus funktionieren Krankenkassen gemäss dem KVG nach dem Individualprinzip. Dies bedeutet, dass gewisse Testarten, wie beispielsweise Pool-Tests, unter den aktuell herrschenden Vergütungsregulierung nicht übernommen werden können. Epidemiologisches Testen zu Präventionszwecken (z.B. Spucktests in Betrieben oder Schulen) sehen die Versicherer nicht als OKP-Leistung. Ausserdem würde eine etwaige Abrechnung von Tests im Rahmen der OKP bedeuten, dass sich die getesteten Personen an den Kosten beteiligen müssten.

Eine Kostenbeteiligung ist aus Sicht praktisch aller Befragten kontraproduktiv, wenn es angesagt ist, dass sich möglichst viele Personen testen lassen und die Herleitung eines repräsentativen Bilds der aktuellen Ausbreitung eines Erregers angestrebt wird.

In Bezug auf die Ausgestaltung haben vereinzelte Interviewpartner noch darauf hingewiesen, dass bei den Tests ein gewisses Betrugsrisiko bestehe, wie aufgedeckte Missbräuche im Rahmen der Testung auf Covid-19 gezeigt hätten. Ein wichtiger Grund für die Missbräuche sei, dass die Zuständigkeit für die Finanzierung von Covid-19-Tests (Bund) von der Zuständigkeit für die Abwicklung der Rechnungen (Versicherer) getrennt war. Diese Trennung habe ein lückenhaftes Controlling zur Folge gehabt.

Finanzierung von Impfungen

Praktisch alle Befragten vertreten die Position, dass Impfungen im Epidemiefall gratis verabreicht werden sollten, um bestimmte epidemiologische Ziele wie die Bekämpfung neuer Erreger von übertragbaren Krankheiten bestmöglich erreichen zu können.³⁹ Die Befragten sind sich

³⁷ Aus unserer Sicht liesse sich daraus ableiten, dass sich die getesteten Personen an den Kosten des epidemiologischen und präventiven Testens beteiligen müssten, solange mindestens ein Impfstoff zugelassen, empfohlen und verfügbar ist. Diese These wurde mit den Interviewpartnern aber nicht weiter vertieft.

³⁸ In dieser Hinsicht hat ein Teil der Befragten bemängelt, dass die öffentliche Hand – und zwar auf verschiedenen Staatsebenen – nicht unbedingt über die notwendige Fachkompetenz verfüge, um Verhandlungen über die Preise von Impfungen und Tests selbstverständlich durchzuführen. Dies werde zu einem gewissen Grad durch die Beobachtung untermauert, dass der Preis von Tests stark gesunken ist, sobald der Bund 2021 bekanntgegeben hat, dass die Kosten für gewisse Tests nicht mehr übernommen werden.

³⁹ Einige der Befragten finden, dass Impfungen generell unentgeltlich angeboten werden sollten, mit der Ausnahme beispielsweise von gewissen Reiseimpfungen.

ausserdem einig, dass der Bund unabhängig von der Epidemielage die Kompetenz haben soll, Impfstoff zu beschaffen und die Kosten der Beschaffung zu übernehmen.⁴⁰ Gleichzeitig sollte eine Opt-out-Regelung vorsehen, dass Impfungen unter gewissen Umständen nicht finanziert werden müssen, z.B. wenn deren Nutzen nicht klar nachgewiesen ist.

Die Kantone sind der Auffassung, dass die Impfbereitschaft nicht über die Vergütungssätze des Impfaktes in den einzelnen Kantonen beeinflusst werden soll. In diesem Sinn wäre eine einheitliche Lösung auf Bundesebene begrüssenswert, die die Gleichbehandlung aller Kantone gewährleistet. Wenn die Kantone selbst entscheiden müssen, wie sie das Impfangebot – sowie das Testangebot – ausgestalten und vergüten, entstünden kantonale Unterschiede, die für die Leistungserbringer und die Versicherten teilweise schwer nachvollziehbar sein könnten.

Aus Sicht der Versicherer braucht es in puncto Impfungen keine wesentlichen Änderungen.

Finanzierung von Arzneimitteln

Die Neuregelung zur Finanzierung sieht u.a. vor, dass Massnahmen zur Verringerung der Anforderungen an die Kostenübernahme (z.B. Aufnahme in Analysenliste, Festsetzung Tarife) geprüft werden könnten.

Der Bund könnte sich vorstellen, die Anforderungen an die Bewilligung während einer besonderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit aufzuweichen. So sei es auch in anderen Ländern geregelt. Dadurch könnte sichergestellt werden, dass Tests, Impfungen und Arzneimittel schnell auf den Markt gebracht werden. Die grundlegenden Anforderungen an Sicherheit und Wirksamkeit dürften aber nicht vernachlässigt werden.

VertreterInnen der Pharmaindustrie würden die Anforderung in dem Sinne aufweichen, als in der Pandemie die Vergütung von knappen Arzneimitteln und Impfstoffen zentral abgewickelt werden sollte. Im Normalfall sei weiterhin die übliche Preisfestsetzung zu befolgen.

4.7.5. Nutzen

Die revidierte Finanzierungsregelung soll einen flächendeckenden und niederschweligen Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung im Pandemiefall ermöglichen. Eine aus administrativer Sicht möglichst unkomplizierte Lösung für die Kostenübernahme von Tests, Impfungen und Arzneimitteln, die bei Bedarf schnell angepasst bzw. anders ausgelegt werden könnte, wäre aus Sicht der Befragten sehr nützlich. Ein revidiertes EpG, das klar regelt, wie und von wem Tests, Impfungen und Arzneimittel im Epidemiefall übernommen werden, könnte den Zugang der Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung vereinfachen und beschleunigen.

⁴⁰ Nach einzelnen Befragten solle dies allenfalls der einzig mögliche Beschaffungs- und Finanzierungsweg sein.

4.7.6. Fazit

Bei der Finanzierungsregelung geht es darum, zu bestimmen, wer die Kosten für Tests, Impfungen und Arzneimittel übernehmen soll und ob allenfalls die Anforderungen an die Kostenübernahme reduziert werden können. Ziel der Regelung ist es, die effektive und effiziente Nutzung von Tests, Impfungen und Arzneimitteln als Instrumente zur Bewältigung von besonderen Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit sicherzustellen.

Betroffen wären von der Regelung insbesondere Bund, Kantone und Versicherer. Die Kostenfolgen für diese Akteure sind unsicher, da die Höhe der Kosten abhängig vom jeweiligen Ereignis ist. Als Referenz lassen sich die Kosten während der Covid-19-Pandemie heranziehen. In den Jahren 2021-2022 sind bei Bund und Kantonen insgesamt gegen 4 Mrd. CHF angefallen, 2.8 Mrd. CHF für Tests und 1.2 Mrd. für Impfungen. Dies könnte zu Opportunitätskosten führen, wenn infolge der Kosten für die Bewältigung der Pandemie andere Ausgaben gekürzt werden müssten.

Die OKP hat im gleichen Zeitraum rund 300 Mio. CHF getragen. Bei einem Gesamtvolumen der OKP-Leistungen von über 30 Mrd. CHF entspricht dies knapp 1%. Gemäss Versicherer kann davon ausgegangen werden, dass jede weitere Milliarde, die von den Versicherern getragen werden müsste, in etwa einer Prämienhöhung um drei Prozentpunkte entspräche. Bei einem Anstieg der OKP-Kosten um 300 Mio. CHF ergäbe dies eine Prämienhöhung um 1%.

Das Ziel der Regelung sehen wir erreicht. Die Regelung für die Kostenübernahme von Tests, Impfungen und Heilmitteln gewährleistet aus unserer Sicht, dass die Tests, Impfungen und Arzneimittel frühzeitig zur Verfügung stehen und damit die Epidemie eindämmen. Die Kostenverteilung zwischen den einzelnen Kostenträgern spielt insofern eine Rolle, als eine einheitliche Bundeslösung einen schnelleren Zugang ermöglichen würde.

4.8. Impfungen: Zusätzliche Informationspflichten für Gesundheitsfachpersonen und Arbeitgeber

4.8.1. Ausgangslage

Gemäss den Empfehlungen des BAG vom Sept. 2022 zielt die Revision des EpG bei den Impfungen in zwei Richtungen:

- Es sollen Impfungen gefördert werden. Zu diesem Zweck sollen im EpG zusätzliche Informationspflichten von Gesundheitsfachpersonen (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Arbeitgeber etc.) bezüglich Impfungen verankert werden; im Arbeitsgesetz sollen entsprechende Pflichten für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber festgehalten werden.

- Im EpG soll ausserdem die gesetzliche Grundlage für einen persönlichen elektronischen Impfnachweis geschaffen werden. Insbesondere sollen Minimalanforderungen an die Standards definiert werden. Zudem sind Synergien mit und die Schnittstellen zum Elektronischen Patientendossier zu berücksichtigen.

Im Zuge der Arbeiten an der RFA wurde entschieden, das Thema im Rahmen des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) zu lösen. Die im Rahmen der RFA erhobenen Einschätzungen und vereinzelt Angaben zu den Kosten haben wir dennoch im Bericht belassen.

4.8.2. Auswirkungen auf die Leistungserbringer

Von der Einführung einer Informationspflicht wären Leistungserbringer, z.B. HausärztInnen betroffen. Als Arbeitgeber wären aber auch Spitäler und weitere Unternehmen, die nicht im Gesundheitsbereich tätig sind, betroffen.

Nach Meinung der HausärztInnen umfasst ihr Versorgungsauftrag bereits heute verschiedene Leistungen rund um die Bereitstellung von Grundimpfungen. Dies zeige sich u.a. daran, dass sie während der Covid-19-Pandemie eine überdurchschnittlich hohe Anzahl von Konsultationen zum Thema Impfungen bewältigt haben. Für die Interviewpartner aus der Ärzteschaft ist es deshalb nicht ersichtlich, warum eine Informationspflicht eingeführt werden soll. Die Auswirkungen wären gering, es würde sich nicht viel ändern.

Eine Informationspflicht für Arbeitgeber beurteilen VertreterInnen von Leistungserbringern und Arbeitgebern skeptisch: Ihrer Meinung nach verfügten die meisten Arbeitgeber nicht über die nötigen Fachkenntnisse, um eine Informationspflicht selbstständig und sachgerecht zu erfüllen. Für die Arbeitgeber ist eine Informationspflicht daher keine geeignete Option, um die Impfbereitschaft ihrer Angestellten zu erhöhen. Arbeitgeber seien zudem auch ohne eine im EpG verankerte Pflicht zu einem gewissen Grad motiviert, die Gesundheit ihrer Angestellten zu schützen. Wenn sie eine Informationspflicht dennoch umsetzen müssten, wäre das mit Mehrkosten verbunden, beispielsweise für den betriebsinternen Aufbau von Fachkompetenzen bezüglich Impfpromotion und gesundheitlicher Prävention. Zum Ausmass dieser Mehrkosten haben die Befragten im Rahmen der Interviews keine Angaben machen können. Denkbar wäre auch, dass ein Arbeitgeber eine betriebliche Impfpromotionskampagne durchführen würde (z.B. mit einer Informationsbroschüre). Dafür könnten allenfalls einige Tausend Franken Aufwand anfallen.

4.8.3. Nutzen

Aus Sicht der HausärztInnen sind zusätzliche Informationspflichten für die Gesundheitsfachpersonen nützlich, weil die Impfförderung dadurch breiter abgestützt wird. Es gebe allerdings auch

Hausärzte, die diese Ansicht nicht teilen würden. Damit alle Leistungserbringer diese Massnahmen mittragen und wirksam umsetzen, sollte nach Ansicht der Leistungserbringer die Gesetzgebung auch eine angemessene Finanzierung vorsehen.

4.8.4. Elektronischer Impfnachweis

Zurzeit besteht kein gesetzlicher Auftrag für den Bund bzw. die Kantone, einen behördlichen (elektronischen) Impfnachweis bereit zu stellen. Impfungen werden heute entweder papierbasiert und/oder in den Klinik- und Praxisinformationssystemen der Leistungserbringer erfasst. Der bestehende Impfausweis in Papierform ist lediglich eine Dokumentation im Rahmen des Arzt-Patientenverhältnisses. Eine papiergestützte Impfdokumentation ist mit Nachteilen verbunden, weshalb nun die gesetzliche Grundlage für einen persönlichen elektronischen Impfnachweis geschaffen werden soll.

Für die HausärztInnen hätte ein elektronischer Impfnachweis Auswirkungen auf den Dokumentationsaufwand: Bei einer einfachen elektronischen Lösung dürfte sich der Dokumentationsaufwand nach eigenen Angaben auf weniger als fünf Minuten belaufen. Unter diesen Umständen würden keine zusätzlichen Kosten anfallen, weil sie den Impfkakt bereits heute dokumentieren müssen und die Dokumentation im Rahmen eines Impfkaktes vergütet wird.⁴¹ Wenn die digitale Lösung anwendungsfreundlich ist und die Dokumentation der Impfkaktes mit einigen wenigen Klicks abgewickelt werden kann, könnte der administrative Aufwand sogar sinken.

Praktisch alle Befragten sind sich einig, dass die Sicherstellung der Interoperabilität zwischen den unterschiedlichen betroffenen Systemen elementar sei. In diesem Sinn sei es wichtig, dass der digitale Impfnachweis mit dem EPD verknüpft werde. Das BAG arbeitet gemäss eigenen Aussagen an einem umfassenden Datenmanagementsystem zu übertragbaren Krankheiten («new Swiss Monitoring Communicable Diseases»), welches Daten von Bund, Kantonen und Leistungserbringern vereint. Die Integration von weiteren Prozessen von Dritten (z.B. elektronischer Impfnachweis) würde ca. 1-5 Mio. CHF kosten.

Ein Teil der Befragten ist der Meinung, dass es die naheliegendste Lösung sei, den elektronischen Impfnachweis im elektronischen Patientendossier (EPD) zu regeln. Zu klären sei dabei, wie die Daten über verabreichte Impfungen in einem gemeinsamen Format und möglichst ohne Redundanzen in das EPD überführt werden könnten. Der Initialaufwand für die Aufsetzung einer Lösung sei voraussichtlich hoch und schwer zu beziffern, solange die genauen Anforderungen an die Lösung nicht bekannt seien. Vertreter der Hausärzte betonen, dass es eine einfache Lösung brauche, damit sie sich durchsetze.

⁴¹ Bei der Covid-19-Impfung bspw. war die Dokumentation Teil der Impfpauschale: Die Kosten gemäss Pauschale für die Impfleistungen (Überprüfung des Impfstatus und Impfanamnese, Überprüfung von Kontraindikationen, Verabreichung der Impfung, *Dokumentation*) sowie für Impfstoff und Impfmateriale werden bei OKP-versicherten Personen durch die OKP übernommen.

Der Nutzen eines elektronischen Impfnachweises liegt u.a. gemäss BAG darin, dass seine Angaben als Datenbasis für anonymisierte Statistiken und für das Impfmonitoring dienen können.

Die Massnahme (10) «Persönlicher elektronischer Impfnachweis» soll im Rahmen des elektronischen Patientendossiers umgesetzt werden, sie wird deshalb im nachfolgenden Fazit nicht mehr ausgeführt.

4.8.5. Fazit

Die Kosten der Informationspflicht lassen sich nur schwer abschätzen. Sie sind vom Umfang und von der Anzahl der betroffenen Leistungserbringer und Arbeitgeber abhängig. Eine Gröszenordnung liess sich im Rahmen der vorliegenden RFA mangels Datengrundlagen und mangels konkreter Ausgestaltung der Massnahme nicht ermitteln. Gemäss Einschätzungen aus den Interviews bleibt auch der Nutzen unklar.

4.9. Überwachung: Meldepflicht für Gesundheitseinrichtungen bzgl. Kapazitäten

4.9.1. Ausgangslage

Bei der Überwachung geht es im Wesentlichen um das Monitoring der Auslastung der Spital- und Pflegekapazitäten relevanter medizinischer Einrichtungen durch den koordinierten Sanitätsdienst (KSD).⁴² Während der Covid-19-Pandemie diente das Monitoring der medizinischen Einrichtungen dazu, die gesamte Spitalkapazität und die Auslastung der zertifizierten Betten auf Intensivstationen zu überwachen. Die Daten wurden dabei mit dem Informations- und Einsatzsystem (IES) erhoben.

Das IES und seine Weiterentwicklung IES NG⁴³ werden unabhängig vom EpG umgesetzt und betrieben. Neben den Spitalkapazitäten dient das IES u.a. dazu, die Landesversorgung mit Medikamenten und Medizinprodukten kontinuierlich zu überwachen.

Die Erfahrung der Pandemie hat gezeigt, dass viele Spitäler die angeforderten Daten über ihre Auslastung nicht oder nicht in der notwendigen Qualität geliefert haben. Die Gründe umfassen gemäss Aussagen in den Interviews unter anderem die fehlenden personellen Ressourcen, die fehlende Finanzierung von Aktivitäten im Bereich Datenerfassung und -auswertung, die fragmentierte IT-Landschaft und die damit einhergehende kostspielige Aufsetzung von

⁴² Der KSD unterstützt das öffentliche Gesundheitswesen mit koordiniert eingesetzten Mitteln des Bevölkerungsschutzes, privater Organisationen, der Kantone und der Armee, um PatientInnen bei Katastrophen oder in Notlagen bestmöglich zu versorgen. Dabei werden eine optimale Unterstützung im klinischen Alltag sowie die Organisation von Einsätzen bei einem Massenfall von PatientInnen angestrebt.

⁴³ Derzeit läuft ein Projekt namens «IES NG» zur Weiterentwicklung des IES. Das Projekt befindet sich momentan in einer frühen Projektphase gemäss dem HERMES-Phasenmodell. Mit der Operationalisierung soll voraussichtlich 2024 begonnen werden.

Schnittstellen zwischen den involvierten Akteuren sowie die mangelnde Digitalisierung von Routinedaten und Automatisierung von Prozessen.

Ein Grossteil dieser Probleme betrifft vor allem die Spitäler, die ihre Daten manuell an den KSD übermitteln. Derzeit melden rund 150 Spitäler Daten an den KSD. Davon melden rund zehn Spitäler ihre Daten vollautomatisch. Der Rest meldet die Daten manuell, auf Basis von vorbereiteten Daten.

Mit der Revision soll im EpG eine Meldepflicht der Gesundheitseinrichtungen an Bund und Kantone bezüglich Kapazitäten (Spitalbelegungen, IPS, Transport, Personal etc.) bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit vorgesehen werden. Ausserdem soll die Nutzung der gemeldeten Daten zu Forschungszwecken ermöglicht werden.

4.9.2. Auswirkungen auf die Leistungserbringer

Mit der Einführung einer Meldepflicht für die relevanten Gesundheitseinrichtungen, müssten auch die Spitäler (und möglicherweise andere Gesundheitseinrichtungen wie Alters- und Pflegeheime), die bislang keine Daten an den KSD geliefert haben, die betreffenden Daten übermitteln. Für diese Spitäler und Heime gehen die befragten Leistungserbringer davon aus, dass sie zusätzliche personelle Ressourcen bräuchten, um die Meldepflicht umzusetzen – jedenfalls für die initiale Aufsetzung der Schnittstelle zum IES. Die Einführung einer Meldepflicht würde also einen Mehraufwand verursachen. Dieser könne je nach Umfang und Granularität der zu liefernden Daten unterschiedlich hoch ausfallen. Eine Rolle spielt dabei auch der Digitalisierungsgrad von Daten und Prozessen des jeweiligen Leistungserbringers.

Die Datenerfassung ist gemäss Aussagen in den Interviews aktuell nicht bei allen Spitälern automatisiert. Müssten die Angaben für das KSD-Monitoring manuell erfasst, aufbereitet, geprüft und freigegeben werden, würden gemäss Angaben eines Vertreters der öffentlichen Hand Personalkosten von bis zu 150 CHF pro Meldung anfallen. Eines der befragten Spitäler, das einen Teil der oben aufgeführten Schritte automatisiert hat, schätzt den Aufwand für die Übermittlung der Daten auf ca. 50 CHF. Wie viele Spitäler zusätzlich aufgrund der Neuregelung Daten manuell erfassen und übermitteln würden, liess sich nicht eruieren. Für die Kostenschätzung sind wir von 50 Spitälern ausgegangen.

Aus Sicht des KSD erfolgt die Übermittlung künftig idealerweise vollautomatisiert. So würden Ärzteschaft und Pflegefachpersonal entlastet und keine wiederkehrenden Personalkosten anfallen. Voraussetzung für die automatisierte Datenübermittlung an den KSD ist die Anbindung des Klinikinformationssystems (KIS) des jeweiligen Leistungserbringers an das IES. Ein Teil der Spitäler sei bereits über eine solche Schnittstelle ans IES angeschlossen. Gemäss KSD und Armasuisse dürfte das Aufsetzen einer solchen Schnittstelle auf Seiten eines Leistungserbringers zwischen 10'000 und 100'000 CHF kosten. Wie viele Spitäler heute schon über eine solche

Schnittstelle verfügen, ist nicht bekannt. Es wird für die Schätzung angenommen, dass infolge der Neuregelung ca. 100 Spitäler eine Schnittstelle installieren würden.

In der folgenden Tabelle werden die Kosten der Datenübermittlung geschätzt, die auf Seiten der Spitäler anfallen würden, wenn 100 Spitäler ihre Daten automatisiert an den KSD liefern und 50 Spitäler ihre Daten manuell/teilautomatisiert melden würden.

Tabelle 20: Überwachung: Kostenfolgen für Spitäler

Akteur/Tätigkeit	Aufwand, Kosten pro Einheit	Anzahl Einheiten	Total Kosten
Spitäler: Schnittstelle zum IES implementieren, Daten vollständig automatisiert übermitteln	Einmalig: 10 – 100 kCHF -> durchschnittlich 30 kCHF/ Spital	Annahme: 100 Spitäler	Einmalig: ca. 3 Mio. CHF
	Wiederkehrend (für Übermittlung): keine Kosten		
Spitäler: manuell bzw. teilautomatisiert Daten erfassen, aufbereiten und übermitteln	50 - 150 CHF/Meldung -> durchschnittlich 100 CHF/Meldung	Annahmen: 50 Spitäler, 365 Meldungen/a	ca. 2 Mio. CHF/a

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews.

Würde der Umfang der zu liefernden Daten deutlich ausgeweitet, dürfte bei den Spitätern Mehraufwand anfallen. Solange nicht bekannt ist, welche Daten geliefert und ausgewertet werden müssen und welche Einrichtungen betroffen sind, seien Aussagen zum Zusatzaufwand aber schwierig.

4.9.3. Auswirkungen auf Bund

Auf Seiten der Bundesbehörden ist der koordinierte Sanitätsdienst (KSD) mit der Erhebung der Kapazitätsdaten via Informations- und Einsatzsystem (IES) beauftragt. Der Verpflichtungskredit für den Leistungsauftrag im Rahmen des aktuellen IES beläuft sich auf ca. 25 Mio. CHF über 19 Jahre (2004-2022) oder ca. 1.3 Mio. CHF pro Jahr. Die Betriebs- und Weiterentwicklungskosten enthalten u.a. die Kosten für den Server-Betrieb, den Einsatz von Personal auf Seiten des Server-Betreibers sowie die Behebung von Fehlern und die Weiterentwicklung des Systems⁴⁴. Gemäss armasuisse sind die Betriebskosten, die auf die Überwachung der Spitalkapazitäten zurückzuführen sind, vernachlässigbar.

Die Kosten für eine neue Schnittstelle zu einem Spital werden auf ca. 30'000 CHF pro Anschluss geschätzt. Der KSD geht davon aus, dass die Kosten für einen Anschluss zukünftig sinken werden. Spitäler mit demselben KIS werden dieselbe Schnittstelle nutzen können. Die Schweizer Spitäler benutzen momentan um die 15 Klinikinformationssysteme (KIS). Sobald die

⁴⁴ Sogenannte Changes: Änderungen entsprechend dem aktuellen Bedarf an Informationen der Entscheidungsträger.

15 KIS-IES-Schnittstellen definiert sind, sind alle Spitäler abgedeckt. Für die Schätzung gehen wir davon aus, dass noch ca. 10 KIS-Anschlüsse definiert werden müssen.

Zusätzliche Kosten könnten auf Seiten des KSD anfallen, wenn die zu meldenden Daten ausgeweitet würden. Die Kosten würden insbesondere von der Anzahl der notwendigen Anpassungen (Changes) abhängen. Als Beispiel nennt der KSD die Anpassung des IES, um die Überwachung der Intensivpflegestationen zu implementieren. Dafür seien Kosten in der Höhe von ca. 0.5 Mio. CHF angefallen (inkl. Kosten für Weiterbildung des Personals).

Tabelle 21: Überwachung: Kostenfolgen für den koordinierten Sanitätsdienst (KSD)

Akteur/Tätigkeit	Aufwand, Kosten pro Einheit	Anzahl Einheiten	Total Kosten
KSD: Schnittstelle zum Informations- und Einsatzsystem (IES) implementieren	30 kCHF/Anschluss	Annahme: 10 KIS-Anschlüsse	Einmalig: ca. 300 kCHF
KSD: Implementierung von weiteren Daten im IES	500 kCHF CHF (falls analog Implementierung der Überwachung der Intensivpflegekapazitäten)		ca. 500 kCHF-CHF

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews.

4.9.4. Einschätzungen der Akteure

Grundsätzlich stösst die Meldepflicht für Überwachungsdaten bei vielen InterviewpartnerInnen auf Zustimmung, weil sie – falls einfach und effizient umgesetzt – Spitäler und Heime mit Kapazitätsengpässen entlasten könnten. Einzelne Leistungserbringer würden die Überwachung von Spital- und Pflegekapazitäten auf weitere Aspekte wie Präklinik, Notfall, Austritt, Pflege zu Hause, Alters- und Pflegeheim bzw. auf die gesamte Versorgungskette ausweiten. Andere Leistungserbringer beurteilen eine zentral koordinierte Überwachung der fraglichen Kapazitäten als unnötig oder nicht verhältnismässig.

Nach Ansicht der meisten Leistungserbringer müssten die Kosten von Bund oder Kantonen vergütet werden. Aus Sicht des BAG hingegen würden sich die Kosten der Leistungserbringer sowieso reduzieren, weil manuelle Prozesse infolge der fortschreitenden Digitalisierung verschwinden würden.

4.9.5. Nutzen

Aus Sicht der Befragten kann die kantonsübergreifende Überwachung der effektiven Kapazität und Belegung der Gesundheitseinrichtungen und insbesondere der Spitäler und Kliniken einen wichtigen Beitrag zur optimalen Nutzung von Ressourcen im Gesundheitswesen leisten.

Ein Teil der Befragten ist der Auffassung, dass ein erweitertes Informations- und Steuerungstool nicht nur während Pandemien, sondern auch in normalen Zeiten benutzt werden könnte, um die Qualität der Gesundheitsversorgung über die gesamte Versorgungskette hinweg zu steigern. Der Ressourcenbedarf könne einfacher ermittelt werden, wenn Überwachung und Koordination kontinuierlich stattfänden und nicht nur bei einer akuten Bedrohung der öffentlichen Gesundheit. So könnten die verfügbaren Ressourcen regional und überregional koordiniert werden, beispielsweise auch während Influenzawellen.

4.9.6. Fazit

Die Massnahme «Überwachung» würde insbesondere eine Meldepflicht der Gesundheitseinrichtungen an Bund und Kantone bezüglich Kapazitäten (Spitalbelegungen, IPS, Transport, Personal etc.) bei einer besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit vorsehen.

Für Spitäler mit einem Klinikinformationssystem würde praktisch kein Aufwand für Erfassung, Aufbereitung und Übermittlung der Daten anfallen. Einmalig wäre eine Schnittstelle zum IES notwendig. Unter der Annahme, dass 100 Spitäler eine solche Schnittstelle bräuchten, ergäben sich einmalig 3 Mio. CHF. Auf Seiten des KSD würden für die Installation von 100 Schnittstellen ebenfalls Anschlusskosten anfallen. Diese dürften sich aber auf weniger als 3 Mio. CHF belaufen, weil Spitäler mit dem gleichen KIS die gleiche Schnittstelle benutzen könnten.

Aufwand fällt sodann bei den Spitälern an, die die Daten manuell erfassen, aufbereiten und/oder übermitteln würden. Wie viele Spitäler dies aufgrund der Neuregelung zusätzlich machen müssten, liess sich nicht eruieren. Unter der Annahme, dass 50 Spitäler ihre Meldungen so übermitteln würden, würden ca. 2 Mio. CHF/Jahr anfallen. Im Hinblick auf die vorschreitende Digitalisierung, dürften die Kosten für die Übermittlung von Daten zur Überwachung zukünftig sinken. Es könnte deshalb zweckmässig sein, eine Übergangsfrist zu gewähren.

Auf Seiten des KSD fallen ausserdem Kosten für den Betrieb des IES an. Die Kosten hierfür sind vernachlässigbar.

Der Nutzen eines national koordinierten Monitorings bei einer besonderen Gefährdung ist bei den meisten Befragten unbestritten. Die Kosten müssten aber von Bund oder Kantonen vergütet werden.

Anhang

A1) Befragte Akteure

Im Rahmen der RFA haben wir mit rund 35 betroffenen Akteuren ein Gespräch geführt. Daneben haben wir weitere 10 Personen und Organisationen angefragt, die aber auf ein Interview verzichtet haben.

Tabelle 22: Im Rahmen der RFA befragte Akteure

Nachname Vorname	Organisation	Funktion	Themen *)
Antonini Céline	curafutura	Projektleiterin Gesundheitspolitik	2, 3
Apel Jens	Pharmasuisse	Experte Digitalisierung	3, 4
Balint Adrian	armasuisse	Projektleiter Computersysteme	5
Bourgeois Christelle	BSV	Leiterin Ressort Gesetzgebung AHV/EO	2
Busch Petra Heller Regula	ANQ	Geschäftsleitung Leitung Akutsomatik	1
Colin Tanja Ziegler Markus	Interpharma	Mitglieder der Geschäftsleitung	1, 3
Fellmann Alain Birrer Andreas	BAG	Leiter Sektion Meldesysteme Wissenschaftlicher Experte	1, 5
Gardiol Céline	BAG	Leiterin Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm; Leiterin a.i. Sektion Impfpfehlungen und Bekämpfungsmassnahmen	3, 4
Harbarth Stephan	Universitätsspital Genf (HUG)	Tête du Service prévention et contrôle de l'infection des HUG	1
Heise Antje von Arx-Strässler Franziska	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	Präsidentin Geschäftsführende	1, 5
Héritier François	Kollegium für Hausarztmedizin	Präsident	4
Höchli Daniel	ARTISET	Geschäftsführer	2, 5
Imhof Patrick	Spitex Schweiz	Leiter Politik, Mitglied Geschäftsleitung	2
Jordi Michael	GDK	Generalsekretär	1, 2, 3, 4, 5
Kenfa Alain	Spital Berner Jura	Medizinischer Direktor	1
Kilchenmann Christoph	santésuisse	Leiter Grundlagen von santésuisse	2, 3
Koch Vincent	BAG	Leiter Sektion Tarife und Leistungserbringer stationär	2
Kronenberg Andreas	ANRESIS (& Round Table Antibiotika)	Projektleiter	1

Nachname Vorname	Organisation	Funktion	Themen *)
Matter Hans	BAG	Leiter Sektion Strategien, Grundlagen und Programme	1, 2, 3, 4, 5
Müller Valérie	Amt für Wirtschaft und Arbeit, Kanton Zürich	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	2
Otto Stefan	BAG	Co-Leiter Sektion Medizinische Leistungen	3
Pouskoulas Christos	VKS/AMCS	Präsident	1, 4
Quinto Carlos	FMH	Mitglied des Zentralvorstandes	1, 2, 3, 4
Risch Martin	FAMH	Vorstandsmitglied	1, 3
Scheidegger Eric	SECO	Leiter der Direktion für Wirtschaftspolitik	2
Schneider Kristian	Spitalzentrum Biel	CEO	1
Schüpfer Guido	Luzerner Kantonsspital (LUKS)	Chief Medical Officer LUKS Gruppe	2, 5
Stettbacher Andreas Katz Stefan	Koordinierter Sanitätsdienst (KSD)	Beauftragter des Bundesrates für den Koordinierten Sanitätsdienst & Oberfeldarzt der Schweizer Armee Head of Program Data Management	5
von Arx Cheryl	H+	Fachverantwortliche Politik H+	1, 2, 3, 4, 5
Walther Barbara	Center da sandà Val Müstair	Leiterin Qualitätsmanagement	1
Wehrli Roger	Economiesuisse	Stv. Leiter allgemeine Wirtschaftspolitik & Bildung	2
Widmer Andreas	Swissnoso	Generalsekretär	1
Widmer Marianne Matter Eva	EFV	Sektionsleiterin Finanzdienst I Ökonomin	2, 3
Wolfensberger Aline	Universitätsspital Zürich	Oberärztin, Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene	1
Zellweger René	Center da Sanadad Savognin	Chefarzt, Facharzt für Unfallchirurgie, Facharzt für allgemeine Innere Medizin, Mitglied der Direktion	1

*)

1 – Antibiotikaresistenzen und HAI

2 – Entschädigungsregelung

3 – Finanzierung

4 – Impfungen

5 – Überwachung

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews September 2022 — März 2023.

A2) Gesprächsleitfaden

Hintergrund

Das BAG bereitet eine Teilrevision des EpG vor. Insbesondere sollen die Erkenntnisse aus der Covid-19-Bewältigung, aber auch die Erkenntnisse aus dem Vollzug vor Covid-19 in die Teilrevision einfließen.

Um die Auswirkungen potenzieller Änderungen und Neuregelungen abschätzen zu können, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) INFRAS beauftragt, eine Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) durchzuführen. Ziel der RFA ist es, Kosten und Nutzen möglicher Neuregelungen und Änderungen zu ermitteln. Die Erkenntnisse aus der RFA werden in die Vernehmlassungsvorlage einfließen. Die Vernehmlassung wird voraussichtlich Mitte 2023 gestartet.

Im Rahmen der RFA werden potenzielle Neuregelungen und Änderungen aus folgenden Themen untersucht:

- Antibiotikaresistenz und healthcare-assoziierte Infektionen (HAI)
- Entschädigungsregelung für Erwerbsausfälle, bei Liquiditätsengpässen sowie bei pandemiebedingten Mehrausgaben
- Finanzierung von Test- und Impfkosten sowie Medikamenten
- Impfungen
- Überwachung von Versorgungskapazitäten
- Versorgung (pendent)

Die Themen und mögliche Neuregelungen und Änderungen werden nachfolgend noch ausgeführt. *Wir möchten betonen, dass es sich bei allen nachfolgend aufgeführten Neuregelungen und Änderungen um **potenzielle Lösungsvorschläge** handelt.*

Um die Auswirkungen zu analysieren, haben wir Gespräche mit wichtigen betroffenen Akteuren vorgesehen, darunter mit Leistungserbringern, Behörden und Versicherern. Für das Gespräch mit Ihnen haben wir nachfolgend die wichtigsten Fragen zu den für Sie relevanten Themen zusammengestellt.

Falls es für Sie in Ordnung ist, würden wir das Gespräch gerne aufzeichnen. Der Mitschnitt dient nur internen Zwecken und wird nicht an Dritte weitergegeben. Die Auswertung der Gespräche erfolgt in anonymisierter und aggregierter Form.

1. Antibiotikaresistenzen und HAI

Die Neuregelungen in Kürze

Potenzielle Neuregelungen und Änderungen im EpG **könnten** folgende Massnahmen beinhalten (die für Sie relevanten Aspekte sind **fett** markiert):

- Einrichtung, Betrieb und Finanzierungsregelung eines nationalen Kompetenzzentrums für epidemiologische Untersuchungen von healthcare-assoziierten Ausbrüchen; bspw. Verpflichtung der Spitäler zur Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum (z.B. bei Ausbruchsuntersuchungen und -bekämpfung).
- Aufbau und Betrieb eines nationalen Überwachungssystems für HAI; bspw. verbindliche Teilnahme der Spitäler an Surveillance-Programmen oder Meldepflicht der Spitäler bei HAI
- Aufbau einer externen Datenbank für die Erfassung und Auswertung von Antibiotika-Verschreibungsdaten im stationären und ambulanten Bereich, inkl. Meldepflicht für den Antibiotikaverbrauch im stationären und ambulanten Bereich
- Verbindliche Umsetzung von Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von HAI; bspw. Mindestanforderung zur Verhütung und Bekämpfung oder Screening von PatientInnen auf spezifische Krankheitserreger
- Verpflichtung zur Umsetzung von Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen; bspw. Mindestanforderung oder Implementierung von Stewardship-Programmen in Spitälern, Kliniken und anderen Institutionen des Gesundheitswesens.

Fragen

1. Welche Auswirkungen hätten die oben genannten Massnahmen auf die Leistungserbringer, die Behörden und die Versicherer?
2. Welche Auswirkungen hätten die oben genannten Massnahmen auf die **[Akteursgruppe]**? Welche Aufgaben, Aufwendungen und Kosten würden im Vergleich zur heutigen Situation anfallen? *Wir wären dankbar, wenn wir möglichst konkrete Angaben erhalten würden (Größenordnungen reichen aus).*
3. Wie viele **[Akteursgruppe]** führen die obigen Massnahmen heute schon durch?
4. Welche Schwierigkeiten könnten sich bei der Umsetzung ergeben? Sehen Sie mögliche Fehlansätze oder Nebeneffekte?
5. Wie könnte eine konkrete Ausgestaltung aussehen? Was müsste bei der Ausgestaltung der Massnahmen berücksichtigt werden?
6. Welchen Nutzen hätten die oben genannten Massnahmen?
7. Braucht es eine gesetzliche Regelung? Welche Alternativen wären denkbar und warum?

2. Überwachung

Die Neuregelungen in Kürze

Potenzielle Neuregelungen und Änderungen im EpG **könnten** folgende Massnahmen beinhalten:

- Pflicht für Gesundheitseinrichtungen, Kapazitäten an Bund und Kantone zu melden, bspw. Spitalbelegung, IPS-, Transport-, Personalkapazitäten etc.

Fragen

1. Welche Auswirkungen hätten die oben genannten Massnahmen auf die [Akteursgruppe]?
2. Inwieweit würden relevante Kosten anfallen? *Wir wären dankbar, wenn wir möglichst konkrete Angaben erhalten würden (Grössenordnungen reichen aus).*
3. Welche Aufgaben, Aufwendungen und Kosten würden auf Seiten der [Akteursgruppe] für dieses Monitoring entstehen.
Falls relevante Kosten anfallen würden, wären wir dankbar, es würde zwischen Personalkosten, Investitionskosten, laufenden Betriebskosten unterschieden.
4. Während der Covid-19-Krise hat der Koordinierte Sanitätsdienst (KSD) über das Informations- und Einsatzsystem (IES) die Intensivpflegekapazitäten von mehr als 150 Spitälern und Kliniken der Schweiz erhoben.
 - Wurden in diesem Rahmen noch weitere Angaben zu Versorgungskapazitäten erhoben?
 - Gibt es Studien oder Unterlagen darüber, wie viel das IES kostet (Investitionskosten, laufende Kosten)?
 - Könnte dafür das bestehende IES benutzt werden oder müsste ein neues System aufgebaut werden?
5. Welche Schwierigkeiten würden Sie bei der Umsetzung der oben genannten Massnahmen erwarten? Sehen Sie mögliche Fehlanreize oder Nebeneffekte?
6. Wie könnte eine konkrete Ausgestaltung aussehen? Was müsste bei der Ausgestaltung berücksichtigt werden?
 - Welche Kennzahlen könnten mit dem Monitoring zur Auslastung der Spital- und Pflegekapazitäten erhoben werden? Ginge es vor allem um Angaben zur Auslastung der Intensivstationen? Oder wären weitere Kennzahlen zu Infrastrukturen, zum Personal oder zu medizinischen zu erheben?
 - Von einer Meldepflicht könnten Spitäler betroffen sein. Sollten alle Spitäler meldepflichtig sein oder nur grössere oder solche mit Intensivstationen?

- Wer neben den Spitälern sollte meldepflichtig sein? Auch Alters- und Pflegeheime? Weitere medizinische Einrichtungen (z.B. Labore)? Sollten alle betroffen sein oder nur die grösseren?
7. Welchen Nutzen hätten die Massnahmen?
 8. Was liesse sich mit einem Monitoring besser machen?
 9. Braucht es eine gesetzliche Regelung? Welche Alternativen wären denkbar und warum? Welches wären die wichtigsten betroffenen Akteure und die wichtigsten Auswirkungen?

3. Impfungen

Die Neuregelungen in Kürze

Potenzielle Neuregelungen und Änderungen im EpG **könnten** folgende Massnahmen beinhalten:

- Massnahmen zur Förderung von Impfungen;
 - bspw. Sicherstellung des niederschweligen Zugangs, z.B. durch Impfungen in Apotheken und evtl. durch weitere nicht Gesundheitsfachpersonen
 - Informationspflicht für Gesundheitsfachpersonen, über Impfungen zu informieren
- Informationspflicht für ArbeitgeberInnen, über Impfungen zu informieren (müsste im Arbeitsgesetz geregelt werden)
- Einführung eines persönlichen, elektronisch überprüfbaren Impfnachweises

Fragen

1. Welche Auswirkungen hätten die oben genannten Massnahmen auf die **[Akteursgruppe]**?
2. Welche Aufgaben, Aufwendungen und Kosten würden im Vergleich zur heutigen Situation anfallen?
3. Inwieweit würden relevante Kosten anfallen? *Wir wären dankbar, wenn wir möglichst konkrete Angaben erhalten würden (Grössenordnungen reichen aus).*
4. Welche Schwierigkeiten würden Sie bei der Umsetzung der oben genannten Massnahmen erwarten? Sehen Sie mögliche Fehlanreize oder Nebeneffekte?
5. Wie könnte eine konkrete Ausgestaltung aussehen? Was müsste bei der Ausgestaltung berücksichtigt werden?
6. Welchen Nutzen hätten die Massnahmen?
7. Hätte ein elektronischer Impfnachweis ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis als eine rein analoge Lösung?
8. Welche Auswirkungen wären auf die Bevölkerung zu erwarten? Welches könnten die Auswirkungen auf den Zugang, die Qualität und die Kosten der Gesundheitsversorgung sein?

9. Braucht es eine gesetzliche Regelung? Welche Alternativen wären denkbar und warum? Als Alternative zur Regelung im EpG könnte der Impfnachweis bspw. als Teil des elektronischen Patientendossiers geregelt werden.

4. Entschädigungsregelung

Die Neuregelungen in Kürze

Potenzielle Neuregelungen und Änderungen zum Thema Entschädigungsregelung könnten sein:

- Finanzierung von pandemiebedingten Mehrausgaben und Mindereinnahmen bei Gesundheitseinrichtungen sowie Institutionen der Pflege und sozialen Betreuung
- Entschädigungen bei Erwerbsausfällen für Selbstständige und Angestellte, Liquiditätshilfen für Unternehmen und Härtefallmassnahmen in der besonderen und ausserordentlichen Lage
- Zwingende Konsultation der Kantone, falls die Kantone einen Teil der Kosten für die Entschädigungen tragen würden

Fragen zur Finanzierung von pandemiebedingten Mehrausgaben

1. Welche Auswirkungen hätten die oben genannten Massnahmen auf die **[Akteursgruppe]**?
 - *Wenn relevante Kosten anfallen würden, wären wir dankbar, wenn wir möglichst konkrete Angaben erhalten würden (Grössenordnungen reichen aus).* Zum Beispiel: Inwieweit entstünde den Spitälern ein relevanter Aufwand, wenn sie die pandemiebedingten Mehrausgaben ausweisen müssten?
2. Wären die Auswirkungen unterschiedlich, je nachdem ob Bund, Kantone oder Bund und Kantone oder die OKP oder andere Sozialversicherungen die Finanzierung übernehmen würde?
3. Inwieweit würden relevante Kosten anfallen? *Wir wären dankbar, wenn wir möglichst konkrete Angaben erhalten würden (Grössenordnungen reichen aus).*
4. Welche Schwierigkeiten könnten sich bei der Umsetzung ergeben? Sehen Sie mögliche Fehlansätze oder Nebeneffekte?
5. Wie könnte eine konkrete Ausgestaltung aussehen? Was müsste bei der Ausgestaltung der Massnahmen berücksichtigt werden?
6. Hätte eine Regelung der Finanzierung von pandemiebedingten Mehrausgaben grössere gesamtwirtschaftliche Auswirkungen, z.B. auf die Beschäftigung?
7. Welchen Nutzen hätten die oben genannten Massnahmen?
8. Braucht es eine gesetzliche Regelung? Welche Alternativen wären denkbar und warum?

Fragen zu Entschädigungen bei Erwerbsausfällen und Liquiditätshilfen

1. Welches wären aus Ihrer Sicht die wichtigsten Auswirkungen der oben genannten Entschädigungen für Erwerbsausfälle etc. auf **[Akteursgruppe]**?

Wenn relevante Kosten anfallen würden, wären wir dankbar, wenn wir möglichst konkrete Angaben erhalten würden (Grössenordnungen reichen aus).

2. Um Aufwand und Kosten abzuschätzen, könnte evtl. auf die Erfahrung mit der Covid-19-Pandemie abgestützt werden: Wie viel Aufwand hatten die Unternehmen, um Entschädigungen für Erwerbsausfälle oder Finanzhilfen bei Liquiditätsengpässen zu beantragen?
3. Um Aufwand und Kosten abzuschätzen, könnte evtl. auf die Erfahrung mit der Covid-19-Pandemie abgestützt werden: Wie viel Aufwand hatten die Kantone, um die Gesuche zu bearbeiten?
4. Welche Auswirkungen hätte eine Entschädigungsregelung auf den Bundeshaushalt?
5. Um die Auswirkungen abzuschätzen, könnte evtl. auf die Erfahrung mit der Covid-19-Pandemie abgestützt werden: Welche Auswirkungen hatten Erwerbsausfallentschädigung und Liquiditätshilfen auf den Bundeshaushalt?
6. Wären die Auswirkungen unterschiedlich, je nachdem ob Bund oder die Kantone oder Bund und Kantone die Finanzierung übernehmen würde?
7. Welche Schwierigkeiten könnten sich bei der Umsetzung ergeben? Sehen Sie mögliche Fehlansätze oder Nebeneffekte?
8. Wie könnte eine konkrete Ausgestaltung aussehen? Was müsste bei der Ausgestaltung der Entschädigungsregelung berücksichtigt werden?
9. Welchen Nutzen hätten die oben genannten Massnahmen?
10. Braucht es eine gesetzliche Regelung? Welche Alternativen wären denkbar und warum? Könnte bspw. anstelle einer Entschädigungsregelung auf die Selbstverantwortung der Unternehmen abgestützt werden?

5. Finanzierung

Die Neuregelungen in Kürze

Potenzielle Neuregelungen und Änderungen im EpG könnten sein:

- Aufteilung der Kosten für Tests, Impfungen und Arzneimittel auf verschiedene Träger
- Verringerung der Anforderungen an die Kostenübernahme (z.B. bei der Aufnahme von neuen Positionen in die Analysenliste oder bei der Festsetzung von Tarifen)

Fragen

1. Welche Auswirkungen hätten die oben genannten Massnahmen auf die **[Akteursgruppe]**?

2. Inwieweit würden relevante Kosten anfallen? *Wir wären dankbar, wenn wir möglichst konkrete Angaben erhalten würden (Größenordnungen reichen aus).*
3. Welche Schwierigkeiten würden Sie bei der Umsetzung der oben genannten Massnahmen erwarten? Sehen Sie mögliche Fehlanreize oder Nebeneffekte?
4. Wie könnte eine konkrete Ausgestaltung aussehen? Auf welche Träger könnten/sollten die Kosten aufgeteilt werden? Was müsste bei der Ausgestaltung der Massnahmen berücksichtigt werden? Wie müssten Anforderungen an die Kostenübernahme ausgestaltet sein, um die (z.B. Aufnahme in Analysenliste, Festsetzung Tarife) in besonderen Bedrohungslagen zu reduzieren.
5. Welchen Nutzen hätte eine Aufteilung der Kosten auf verschiedene Kostenträger?
6. Braucht es eine gesetzliche Regelung der Finanzierung? Welche Alternativen wären denkbar und warum?

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: In der RFA untersuchte Massnahmen _____	5
Tabelle 2: Ergebnisse Wirkungsanalyse (basierend auf Gesprächen mit Akteuren und Dokumenten-/Datenanalysen) und Beurteilung Zielerreichung und Kosten-Nutzen aus Sicht von INFRAS _____	7
Tabelle 3: Kosten, Nutzen und Beurteilung _____	12
Tabelle 4: Die fünf Themenschwerpunkte der RFA und die dazugehörigen Anpassungsvorschläge _____	19
Tabelle 5: Alternativen zu den vorgeschlagenen Massnahmen _____	22
Tabelle 6: Nationales Kompetenzzentrum: Kostenfolgen für Swissnoso und Spitäler _____	29
Tabelle 7: Nationales Kompetenzzentrum: Kostenfolgen für die öffentliche Hand _____	30
Tabelle 8: Teilnahme an Surveillance-Programmen: Kostenfolgen für Spitäler _____	32
Tabelle 9: Meldepflicht für Antibiotikaverbrauch: Kostenfolgen für Spitäler _____	36
Tabelle 10: Meldepflicht für Antibiotikaverbrauch: Kostenfolgen für ANRESIS _____	37
Tabelle 11: Screenings: Kostenfolgen für Spitäler _____	40
Tabelle 12: Screenings: Kostenfolgen für nationales Kompetenzzentrum _____	41
Tabelle 13: Stewardship-Programme: Kostenfolgen für Spitäler _____	44
Tabelle 14: Vom Bund finanzierte Erwerbsausfallentschädigungen (März 2020 bis April 2022) _	48
Tabelle 15: Vom Bund finanzierte Covid-19-Überbrückungskredite (Stand 09.11.2022) _____	48
Tabelle 16: Von den Kantonen finanzierte Härtefallunterstützungen (inkl. Beiträge Bund) (März 2020 bis Dez. 2022) _____	49
Tabelle 17: Direkte pandemiebedingte Kosten des Bundes und der Kantone _____	50
Tabelle 18: Kosten von Bund und Kantonen für Impfungen und Tests in der Coronapandemie (2020-2022) _____	59
Tabelle 19: Kosten der Versicherer für Tests und Impfungen (2020 und 2021) _____	60
Tabelle 20: Überwachung: Kostenfolgen für Spitäler _____	69
Tabelle 21: Überwachung: Kostenfolgen für den koordinierten Sanitätsdienst (KSD) _____	70
Tabelle 22: Im Rahmen der RFA befragte Akteure _____	72

Abkürzungsverzeichnis

a	jährlich/pro Jahr; z.B. CHF 100.-/a
ALV	Arbeitslosenversicherung
AMR	Antimikrobielle Resistenzen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CLABSI	Central line associated bloodstream infection
DWH	Data Warehouse
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
EKIF	Eidgenössische Kommission für Impffragen
EPD	Elektronisches Patientendossier
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
EpG	Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz)
HAI	Therapieassoziierte Infektionen (healthcare-assoziierte Infektionen)
HTA	Health Technology Assessment
IES	Informations- und Einsatzsystem
IPS	Intensivpflegestation
k	Tausend (CHF)
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
Mio.	Millionen (CHF)
Mrd.	Milliarden (CHF)
KIS	Klinikinformationssystem
KISS	Klinikinformations- und Steuerungssystem
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KSD	Koordinierter Sanitätsdienst
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RFA	Regulierungsfolgenabschätzung
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SSI	Surgical site infection
VKS/AMCS	Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Literatur

BAG 2022: Revision des Epidemiengesetzes: Empfehlungen zu den konkreten Inhalten der Revision, Positionspapier des Projektteams RevEpG. Stand: 9.8.2022 (unveröffentlicht)

BSV 2022: Reporting über ausbezahlte Leistungen, 30. April 2022. [Link](#).

Bundesrat 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. Bern, 23.6.2021. [Link](#).

Bundesrat 2022: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen. Zweiter Zwischenbericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 20.3135 SGK-SR vom 21. April 2020. Bern, 29. Juni 2022. [Link](#).

Dellit T. H., R. C. Owens, J. E. Jr. McGowan, D. N. Gerding, R. A. Weinstein, J. P. Burke, W. C. Huskins, D. L. Paterson, N. O. Fishman, C. F. Carpenter, P. J. Brennan, M. Billeter, T. M. Hooton, 2007: Infectious Diseases Society of America; Society for Healthcare Epidemiology of America. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. Clin Infect Dis. 2007 Jan 15;44(2):159-77. doi: 10.1086/510393. Epub 2006 Dec 13. PMID: 17173212.

EFD und WBF 2022a: Covid-19-Überbrückungskredite. [Link](#).

EFD und WBF 2022b: Unterstützung für Härtefälle. [Link](#).

INFRAS 2023: Umfrage bei Kantonen zu direkten pandemiebedingten Gesundheitskosten der Kantone aufgrund der Covid-19-Pandemie. Im Auftrag des BAG, Zürich, 20. Februar 2023. (Publikation voraussichtlich im Sommer 2023).

Nathwani D., D. Varghese, J. Stephens, W. Ansari, S. Martin, C. Charbonneau 2019: Value of hospital antimicrobial stewardship programs [ASPs]: a systematic review. Antimicrob Resist Infect Control. 2019 Feb 12;8:35. doi: 10.1186/s13756-019-0471-0. PMID: 30805182; PMCID: PMC6373132. [Link](#).

PwC und SpitalBenchmark 2021: Finanzielle Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Schweizer Spitäler (Whitepaper 4.0). Stand: 4. Juni 2021. [Link](#).

Schleiniger R., J. Blöchliger 2006: Der Wert des Lebens: Methoden, Empirie, Anwendungen. Bericht im Auftrag der Gesundheitsförderung Schweiz. Zürcher Hochschule Winterthur, Zentrum für Wirtschaftspolitik, August 2006. DOI: 10.21256/zhaw-3311. [Link](#).

WBF 2022a: Checkliste Regulierungsfolgenabschätzung. Version 1.2, 30.9.2022. [Link](#).

WBF 2022b: Handbuch Regulierungsfolgenabschätzung. Version 1.2., 30.9.2022. [Link](#).

Swiss Economics 2021: Finanzielle Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Spitäler. Schlussbericht. Bericht im Auftrag des BAG. Zürich, 17.11.2021. [Link](#).