

Empfehlung

10. März 2022

Umsetzung Art. 3 Abs. 4^{bis} des Covid-19-Gesetzes Empfehlung und Beurteilung zuhanden der Kantone

Gesetzesauftrag

Mit Beschluss vom 15. Dezember 2021 hat das Parlament den Art. 3 des Covid-19-Gesetzes, «Massnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung», mit einem Abs. 4^{bis} ergänzt:

«Zur Stärkung der durch die Covid-19-Krise beanspruchten Gesundheitsversorgung finanzieren die Kantone die zur Abdeckung von Auslastungsspitzen nötigen Vorhalteleistungen. Die Kantone definieren die nötigen Kapazitäten in Absprache mit dem Bund.¹»

Mit dem vorliegenden Dokument wird aufgezeigt, wie die Kantone dem Anliegen des Parlaments nach einer Kapazitätserhöhung nachkommen wollen und wie sie das Thema der Finanzierung beurteilen.

Beurteilung der Versorgungssituation

Seit Beginn der Pandemie geht es dem Bund und den Kantonen darum, das Gleichgewicht zwischen der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und dem Eingriff in die wirtschaftlichen und persönlichen Freiheiten zu halten. Die jeweils eingesetzten Massnahmen sollen also primär dazu dienen, eine Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden. Wiederholt wurde der Vorwurf erhoben, die Kapazitäten der Intensivstationen seien während der Pandemie abgebaut worden. Die Zahlen der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) zeigen, dass diese Kritik ins Leere zielt. Die Zahl der zertifizierten Betten stieg von 2019 auf 2020 an und ist seither stabil geblieben. Auch die Zahl der im Jahresdurchschnitt effektiv betriebenen Betten (inkl. ad-hoc-Betten) lag 2020 höher als in den Vorjahren. Die Zahl der betriebenen Betten wurde in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich ausgebaut. Im Vergleich zu 2010 werden heute über 100 zusätzliche Betten betrieben. Es wurden zuletzt also weder zertifizierte Betten abgebaut, noch wurden weniger Betten betrieben. Die Zahl der betriebenen Betten kann schwanken. Für die Abdeckung von Spitzen zu normalen Zeiten sind diese Kapazitäten gemäss Aussagen der Fachleute weitaus ausreichend.

	2018	2019	2020	2021	2022
Zertifizierte Betten*	846	850	874	873	884**
Betriebene Betten***	841	847.1	871.3	-	-

* ohne Pädiatrie

** Stand 17.2.2022 ([Link](#))

*** Durchschnitt pro Jahr, gemäss [minimalem Datensatz der SGI](#), ohne Pädiatrie. Der Durchschnitt für die Jahre 2021/2022 liegt noch nicht vor.

Zwar wurden in der ersten Welle vorsorglich und theoretisch bis 1500 IPS-Betten zur Verfügung gestellt. Diese Betten wären aber ausserhalb der zertifizierten Perimeter der Intensivstationen und mit Intensiv-

¹ in Kraft vom 18. Dez. 2021 bis zum 31. Dez. 2022

Hilfspersonal aus Fachbereichen wie zum Beispiel der Anästhesie betrieben worden. Die [Richtlinien der SGI](#), die unter anderem die räumlichen Anforderungen oder die erforderliche Personaldotation für eine Zertifizierung definieren, hätten nicht eingehalten werden können. Tatsächlich ist dieser Zustand teilweise auch eingetreten – aber nie flächendeckend in der ganzen Schweiz, sondern glücklicherweise nur regional und über wenige Wochen. Es lagen während der ganzen Pandemie nie mehr als ca. 850 Patientinnen und Patienten (Covid + Non-Covid) auf der IPS. Das Maximum wurde Anfang Dezember 2020 erreicht. Man hat nie erlebt, wie sich mehr als 1000 IPS-Patientinnen und -Patienten tatsächlich auf die Behandlungsqualität, Triage etc. auswirken würden.

Die Vorstellung, dass sich die Schweiz mit höheren Spitalkapazitäten massnahmensseitig zusätzliche Freiheiten erkaufen könnte, greift zu kurz. Auch stark ausgebaute Kapazitäten wären an ihre Grenzen gestossen, hätte man bei noch tiefer Immunität grösstenteils auf Schutzmassnahmen verzichtet. Dies nicht zuletzt aufgrund der zu erwartenden zahlreichen Personalausfälle im Fall einer ungebremsen Virusaktivität. Zumindest die besonders gefährdeten Personen (BGP) hätten auch mit zusätzlich zur Verfügung stehenden Spitalkapazitäten geschützt werden müssen, um eine Überlastung des Gesundheitssystems abzuwenden. Eine Eintragung von Covid-19 in die sozialmedizinischen Institutionen lässt sich auch mit einem guten Schutzkonzept nicht ganz verhindern. Die Gefahr von Eintragungen steigt mit zunehmender Inzidenz. Deshalb hätte es zum Schutz der BGP auch bei zusätzlichen Spitalkapazitäten gewisse Massnahmen für die breite Bevölkerung gebraucht, um die Virusaktivität zu bremsen.

Die Kantone wie auch die Spitäler haben in der Krise alles daran gesetzt, immer die aktuell notwendige medizinische Versorgung sicherstellen zu können, teilweise mit Unterstützung des Koordinierten Sanitätsdienstes (KSD).

Ein reiner Fokus auf die Covid-Patientinnen und -Patienten wird mittel- und längerfristigen Versorgungszielen für Krisen nicht gerecht: Die Verschiebung planbarer, nicht dringlicher Eingriffe wird mit zunehmender Dauer der Krise zu einem zunehmenden Public-Health-Problem, dessen Folgen noch schwer abzuschätzen sind. Die Krankheitslast und teilweise auch die Mortalität z.B. von Krebspatienten, von Patientinnen und Patienten mit Krankheiten des Bewegungsapparats oder anderen chronischen Erkrankungen dürfte in der Bevölkerung weiter zunehmen.

Wenn man davon spricht, vermehrt Ressourcen in die pandemiebedingte Versorgung umzulagern, stellt sich die Frage des gesellschaftlichen Anspruchs an die Leistungsfähigkeit und den medizinischen Standard des Gesundheitswesens neben der Behandlung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten. Dieser ist in der Bevölkerung zu Recht hoch. Da die Ressourcen nicht unendlich sind, muss ein vertretbares Verhältnis zwischen dem Einsatz von Ressourcen in die pandemiebedingte Versorgung und dem gleichzeitig nötigen Einsatz von Ressourcen für den «Normalbetrieb» gefunden werden.

Man muss sich bewusst sein, dass das System nicht immer alle Bedürfnisse / Notwendigkeiten wird abdecken können (z.B. Sonderisolationseinheiten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Krankheiten vom Typ «Ebola»: Kantone haben sich auf Vorhalteleistungen geeinigt, aber es sind wenige Betten; sollte es in der Schweiz zu einem Ausbruch kommen, wären wir nicht auf alle Eventualitäten vorbereitet).

Die Versorgungskapazitäten hängen massgeblich von den verfügbaren Personalressourcen ab. Diese zu erhöhen und zu erhalten ist eine langfristige, bereits vor der Pandemie bestehende Herausforderung. Die Kantone, die Ausbildungsstätten, die Leistungserbringer und die Berufsorganisationen engagieren sich seit Jahren dafür, dass im Gesundheitswesen mehr Personal ausgebildet wird. Der letzte Versorgungsbericht der GDK, der OdASanté und des Obsan zu den nichtärztlichen Gesundheitsberufen zeigt Steigerungen, aber selbstverständlich besteht noch Potenzial.

Fazit der GDK zur Versorgungslage

- Die IPS-Kapazitäten konnten im Verlauf der Pandemie aufrechterhalten werden.
- Die Gleichung, dass mehr Kapazitäten auf den Intensivstationen es erlauben, auf weitere Schutzmassnahmen zu verzichten, geht nicht auf.
- Das Gesundheitssystem in der Schweiz konnte dank seines hohen Standards und seiner Flexibilität gut auf die Anforderungen der Pandemie angepasst werden. Diese Flexibilität muss auch künftig im Zentrum der Anstrengungen stehen.
- Die ordentliche Spitalplanung und die Katastrophen- und Krisenpläne sind auch in Zukunft auseinanderzuhalten. Der Einbezug und die Pflichten aller Spitäler in Katastrophen- und Krisenplänen kann und sollte (weiterhin) auf einer anderen gesetzlichen Grundlage basieren.
- Mit dem [Versorgungsbericht 2021](#) zum Gesundheitspersonal in der Schweiz hat die GDK erneut eine umfassende Analyse zum Personalbedarf und -angebot vorgelegt und die zur Verfügung stehenden Massnahmen aufgezeigt. Die Kantone und die Betriebe engagieren sich weiterhin stark für die Ausbildung von Gesundheitspersonal.

Empfehlung zu Kapazitätssteigerungen für kommende Auslastungsspitzen

Die vorangehende Beurteilung der Versorgungslage bedeutet indessen nicht, dass aus den bisherigen Erfahrung nicht auch kritische Lehren gezogen und im Sinne einer «best practice» Optimierungspotential geortet werden kann. Die folgenden Ausführungen und Empfehlungen zielen auf diese Handlungsoptionen hin.

Auslastungsspitzen dürften vor allem im Hinblick auf Herbst/Winter 2022/2023 zu erwarten sein. Allerdings ist heute noch nicht absehbar, ob und mit welcher Covid-19 Variante die Spitäler belastet werden oder ob eine starke Grippewelle die Hauptherausforderung wird.

Die Entwicklung mit der Variante Omikron zeigt, dass das Gesundheitssystem auf Anforderungen der pandemischen Erreger bzw. ihrer klinischen Auswirkungen reagieren können muss. Flexibilität ist entscheidend. Der Fokus sollte nicht nur auf den Intensivstationen liegen. Die Versorgung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten fordert auch die übrige Spitalversorgung, die Rehabilitation und auch den ambulanten Bereich.

Im Rahmen der Umsetzung des kurzfristigen Gesetzauftrags muss es aus Sicht der GDK primär darum gehen, den Prozess bzw. das Instrumentarium zur Kapazitätssicherung zu schärfen, zu erweitern und auf die kantonalen Gegebenheiten anzupassen. Kurzfristig ist die Beibehaltung der aktuellen Praxis mit konstanten Leistungsaufträgen und kurzfristiger Aufstockung und Aushilfe sowie subsidiärer nationaler Koordination zielführender als eine neue nationale Planung. Der Hebel der Kantone liegt hierbei bei Vereinbarungen der Kantone mit den Spitälern bzw. Leistungsaufträgen an die Spitäler. Viele der bestehenden Instrumente gehören in den Verantwortungsbereich der Spitäler und anderer vor- und nachgelagerter Versorgungseinrichtungen. Die Kantone können vor allem durch die Koordination dieser Akteure viel erreichen.

Die Kantone sind weiterhin bereit und in der Lage (u.a. im Vollzug von Art. 3 Abs. 4bis Covid-19-Gesetz), Kapazitätserhöhungen zu gewährleisten.

Aus Sicht der Kantone ist das Festlegen einer konkreten Zahl an Betten oder einer prozentualen Kapazitätserhöhung jedoch nicht möglich und auch nicht zielführend. Dass die Kapazitäten im Notfall sehr stark aufgestockt werden können, wurde in den bisherigen Wellen unter Beweis gestellt. Man muss sich bewusst sein: Je stärker die Kapazitäten für Covid-Fälle ausgebaut werden, desto stärker geht das zulasten anderer Versorgungsbereiche und Patientengruppen.

Empfehlungen der GDK zur Sicherung von Kapazitäten für Auslastungsspitzen in den Spitälern

1. Im Hinblick auf mögliche Auslastungsspitzen in den Spitälern im Herbst/Winter 2022/2023 empfiehlt der GDK-Vorstand den Kantonen, aufbauend auf den bisherigen Massnahmen zur Kapazitätserhaltung Vorkehrungen zu treffen, damit temporär eine starke Erhöhung der Kapazitäten zur Behandlung von Covid-19-Patientinnen und Patienten insgesamt (nicht nur IPS) möglich wäre.
2. Auf kantonaler Ebene sollen die Kantone und Spitäler dabei u.a. auf folgendes Massnahmen-Instrumentarium zurückgreifen:
 - Zurückstellen nicht dringlicher, planbarer Eingriffe;
 - Einbezug aller Akutspitäler und weiterer stationärer Einrichtungen in das Covid-19-Versorgungssetting;
 - Schaffung weiterer sog. IPS-ad-hoc-Plätze, soweit es die personelle Situation zulässt;
 - Verpflichtung zur Rücknahme von verlegten (IPS-)Patienten in die entsendenden Spitäler, sobald dies medizinisch vertretbar ist;
 - Das unter Dauerbelastung stehende IPS-Personal durch Rotation entlasten, indem es aus anderen Stationen Unterstützung erhält;
 - Anfragen an IPS-Personal, welches in andere Funktionen gewechselt hat;
 - Entlastung anderer Spitalabteilungen durch zusätzliches unterstützendes Personal (aus ambulantem Bereich, pensioniertes oder aus dem Beruf ausgetretenes Fachpersonal, Freiwillige, Zivilschutz, Armee).
3. Auf regionaler und nationaler Ebene kommen die bereits aufgebauten und eingespielten Prozesse zum Einsatz:
 - Die Verlegungen bei Kapazitätsengpässen werden durch die Spitäler und Kantone innerkantonale wie auch regional in Netzwerken getätigt.
 - Nach Ausschöpfung der Möglichkeiten von Patientenverlegungen innerhalb des Netzwerks kann die Nationale Koordination in Anspruch genommen werden. Am 14. Dezember 2021 wurde eine [Präzisierung des Auftrags und der subsidiären Umsetzung der Nationalen Koordination der Intensivstationen](#) vorgenommen.
 - Prüfung der Möglichkeit, in Zukunft die bisherige überregionale und schweizweite Koordination von den Intensiv- und IMC- auf die weiteren Akutspitalbetten auszuweiten.
4. Um kurzfristig die notwendigen Ressourcen an qualifiziertem Fachpersonal zur Verfügung zu haben, empfiehlt der GDK-Vorstand:
 - Die Kantone und Betriebe sollen wo möglich Massnahmen zum Erhalt der Gesundheitsfachpersonen in allen Versorgungsbereichen treffen, um vorzeitige Berufsaustritte zu verhindern.
 - Kontakte zu Freiwilligen, Pensionierten und anderen bisher ad hoc einbezogenen Fachkräften aus den vorangegangenen Wellen sollen aufrechterhalten werden.
 - Anreizsysteme zur Beschäftigung von mehr IPS-Personal durch die Spitäler können geprüft werden: Beispielsweise könnte vermehrt Personal, welches in Teilzeit angestellt wurde, einen Lohnzuschlag erhalten. Dies mit gleichzeitiger Verpflichtung, den Beschäftigungsgrad in einer Krise in entsprechendem Umfang zu erhöhen, um zusätzliche Betten betreiben zu können. Die Kantone könnten sich an diesen zusätzlichen Lohnkosten beteiligen.

5. Auf mittlere und lange Frist empfiehlt der Vorstand zur Gewährleistung der Leistungsfähigkeit und Flexibilität des Gesundheitssystems:
 - Verstärkung der Massnahmen gemäss [Versorgungsbericht 2021 zum Gesundheitspersonal](#).
 - Die bereits unternommenen Anstrengungen zur Erhöhung der IPS- und Notfall-Ausbildungen in der Pflege müssen weiter gestärkt werden, damit einerseits Abgänge ersetzt und die Abhängigkeit von im Ausland ausgebildetem Personal verringert werden kann (Beispiel Kanton ZH, [Regierungsratsbeschluss vom 26.1.2022](#)).
 - Die Ausbildungsoffensive soll weiter vorangetrieben werden, u.a. mit der Umsetzung der Pflegeinitiative. Der Bund sollte sich finanziell daran beteiligen, wie es der indirekte Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative vorgesehen hätte.
6. In Katastrophen- und Krisenplänen der Kantone sind die Prozesse und Kooperationen – basierend auf den Covid-19-Erfahrungen – weiter zu präzisieren.
7. In krisenbezogenen Leistungsaufträgen oder Zusatzvereinbarungen mit den Spitälern sind diese Prozesse festzuhalten.

Beurteilung zur Finanzierung

In Art. 3 Abs. 4^{bis} Covid-19-Gesetz ist auch die Finanzierung der Vorhalteleistungen angesprochen. Diese sind von anderen Aspekten der Finanzierung von Covid-19-Fällen und -Kosten zu trennen, die zuletzt zu Diskussionen geführt haben. Die GDK möchte die einzelnen Aspekte soweit möglich auseinanderhalten:

Behandlungskosten

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Covid-19 wird nach den üblichen Regeln der Spitalfinanzierung abgerechnet, sprich in der Akutsomatik wird jedem Aufenthalt auf Grund der Codierung der gestellten Diagnosen und erbrachten Leistungen durch den Grouper eine DRG zugeteilt, deren Kostengewicht mit der Spitalbaserate multipliziert wird. Die so erhaltene Summe wird dann zu 45% dem Versicherer und zu 55% dem Wohnkanton des Patienten oder der Patientin in Rechnung gestellt.

Die SwissDRG AG, die für die Anpassung und Pflege der Tarifstruktur verantwortlich ist, hat 2020 rasch die Abbildung von Sars-CoV-2 in der Tarifstruktur in die Wege geleitet, damit diese Fälle über die üblichen Wege abgerechnet werden konnten. Eine [Analyse der Kostendaten 2020](#), durchgeführt durch die SwissDRG AG, kommt zum Schluss, dass die Covid-19-Fälle in der theoretischen Durchschnittsbetrachtung über alle stationären Fälle der Schweiz nicht systematisch unterfinanziert, sondern leicht überfinanziert waren. Diese Analyse geht jedoch von einer Ausfinanzierung aus, was bedeutet, dass die für die Analyse verwendete hypothetische Baserate den bereinigten Kosten entspricht, die anfallen – und nicht den effektiven, verhandelten Spitaltarifen. Diese hypothetische Baserate lag für 2020 unter der Verwendung der Tarifstruktur SwissDRG 9.0/2020 bei CHF 11'649, was weit über den höchsten Spitaltarifen liegt. Gleichzeitig zeigt die Analyse der Daten 2020 aber auch, dass die Kosten für 2020 gestiegen sind, betrug doch die von der SwissDRG AG auf Basis der Kostendaten 2019 errechnete und für die Tarifstrukturentwicklung verwendete hypothetische Baserate CHF 10'690 für die Tarifstruktur SwissDRG 9.0/2020. Somit ist also davon auszugehen, dass pandemiebedingt in allen Leistungsbereichen der Akutsomatik ein höherer Aufwand und damit verbunden höhere Kosten angefallen sind (z.B. durch Anpassungen an den Prozessen, Personal, Umwandlung von Behandlungszimmern, zusätzlichen Schutzmassnahmen und Material). Diese höheren, leistungsbezogenen Kosten müssten allenfalls durch die Versicherer und die Wohnkantone innerhalb des Tarifsystems gemeinsam getragen werden.

Opportunitätskosten

Eine höhere Auslastung des Spitals in Folge vermehrter Hospitalisierungen von Covid-19-Patientinnen und -Patienten (in der Bettenabteilung, der IMC-Unit oder der IPS) hat Auswirkungen auf den Gesamtbetrieb. Allenfalls müssen Eingriffe verschoben werden und Ertragsausfälle sind zu verbuchen. Je mehr ein Spital zulasten anderer Eingriffe zur Versorgung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten beiträgt, die unabhängig davon auf welcher Abteilung sie liegen, einen hohen Aufwand generieren, desto weniger ist es einem Spital möglich, seinen ordentlichen Betrieb weiterzuführen. Wenn es sich dann darüber hinaus

noch um eine hohe Anzahl ausserkantonaler Covid-19-Patientinnen und -Patienten handelt, stellt sich die Frage, ob ein Teil dieser indirekten Kosten als krisenbezogene Ausnahme zusätzlich dem Wohnkanton in Rechnung gestellt werden könnte (Beispiel Vereinbarung BL – BS für die IPS, nach Überschreiten einer bestimmten Anzahl Fälle).

Vorhalteleistungen

Unter Vorhalteleistungen versteht man die Leistungen, die erbracht werden, um im Falle eines Eintretens eines Ereignisses gewappnet zu sein und möglichst rasch mit genügend Mitteln darauf reagieren zu können. Dabei handelt es sich insbesondere um die dafür notwendigen Infrastrukturen. Des Weiteren zählt dazu auch das adäquat ausgebildete Personal, das im Ereignisfall dank temporärer Umdisponierung eingesetzt werden kann. Dafür sind Schulungen und Refresh-Kurse zu organisieren. Die Kosten für spezielle Vorhalteleistungen (z.B. für eine besondere Lage und Ereignisse mit dazu einem grossen Patientenansturm wie z.B. Pandemie oder Dekontamination) werden durch die Kantone in Form von gemeinwirtschaftlichen Leistungen getragen. Mit Ausnahme der Vorhalteleistungen für die Aufrechterhaltung der zwei Sonderisolationseinheiten im USZ und HUG zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Krankheiten vom Typ «Ebola» (auf Grundlage eines Beschlusses der GDK-Plenarversammlung beteiligen sich die Kantone gemäss ihrem Bevölkerungsanteil daran), wurde auf interkantonale Ausgleichszahlungen bis heute verzichtet.

Einige grössere Kantone, die allenfalls stärker zur Kapazitätssteigerung beitragen können und daher auch höhere Kosten für den Aufbau derselben gewärtigen müssen, wünschen sich eine angemessene Beteiligung der kleineren Kantone an diesen Kosten. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass prozentual auch kleine Kantone je nach regionaler Entwicklung teils einen grossen Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten betreuen. Es kann – zugeschnitten auf das konkrete Versorgungssetting – zwischen den Kantonen abgesprochen und vereinbart werden, wo eine solche Kostenbeteiligung angezeigt ist und in welchem Umfang ein Ausgleich stattfindet. Die zu erwartenden Ausgleichsbeträge dürften sich in sehr überschaubaren Dimensionen bewegen, sodass sich die Frage stellt, ob der Aufwand für Vereinbarungen und der damit verbundene Eingriff in das reguläre Finanzierungssystem gerechtfertigt ist. Im Falle überregionaler und nationaler Verlegungen würden solche Vereinbarungen nicht greifen.

Rolle des Bundes bei der Finanzierung

Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen ermöglichen es dem Bund nicht, kurzfristig zusätzliche Intensivkapazitäten zu finanzieren. Das Parlament hat bei der Beratung des Covid-19-Gesetzes im Dezember 2021 die Idee, dass der Bund Beiträge an die Kantone für die Aufwendungen gewährt, explizit verworfen. Zudem sind Finanzhilfen des Bundes ausgeschlossen, wenn die Kantone verpflichtet sind, die betreffende Aufgabe alleine zu erfüllen (Art. 6 Bst. b Bundesgesetz vom 5. Oktober 1990 über Finanzhilfen und Abgeltungen, SuG). Es böte sich allenfalls die Möglichkeit, dass der Bund über Artikel 50 Epidemienengesetz (EpG) die sogenannten Eigenmittel der Spitäler unterstützt. Dieser Spielraum ist jedoch eingeschränkt: Einerseits kann der Bund nicht die gesamten Eigenmittel der Spitäler mit Finanzhilfen finanzieren, da die Gewährung einer Finanzhilfe davon abhängig ist, dass der Empfänger seinerseits eine seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Eigenleistung erbringt; andererseits würde eine Übernahme eines erheblichen Teils der Kosten für die Kapazitätsreserven durch den Bund mit der den Kantonen in Artikel 3 Absatz 4bis des Covid-19-Gesetzes zugewiesenen Zuständigkeit kollidieren. Allfällige weitergehende Finanzierungen von Vorhalteleistungen durch den Bund benötigen die Schaffung einer spezifischen formellgesetzlichen Grundlage, sei es im EpG oder im Covid-19-Gesetz.

Aus Sicht der GDK sollte der Bund – wenn er solche Forderungen an die Kantone stellt – eine rechtliche Grundlage für eine massgebliche finanzielle Beteiligung an den durch die gesteigerten und allenfalls ungenutzten Kapazitäten schaffen. Ausserdem soll sich der Bund gemäss dem Verursacherprinzip an den Opportunitätskosten bei Eingriffsverboten beteiligen. Eine entsprechende gesetzliche Grundlage soll im zu revidierenden EpG geschaffen werden. Wenn sich der Bund nicht massgeblich an der Finanzierung beteiligen kann oder will, ist entsprechende Zurückhaltung bei Vorgaben auf Bundesstufe in Bezug auf die Versorgung angezeigt.

Fazit der GDK zur Finanzierung

- Die GDK stellt fest, dass das System der Spitalfinanzierung mit SwissDRG auch für Covid-19-Patientinnen und -Patienten eine korrekte Abgeltung sicherstellt. Die Unterdeckung ergibt sich aus tiefer verhandelten Tarifen.
- Die Kantone anerkennen, dass sie für die Finanzierung von Vorhalteleistungen zuständig sind.
- Die Finanzierung von Behandlungskosten erfolgt nach den üblichen Regeln der Spitalfinanzierung durch den Versicherer und den Wohnkanton.
- Bezüglich Beteiligung des Wohnkantons an Mehraufwänden an Opportunitätskosten oder an der Finanzierung von Vorhalteleistungen kann die GDK keine schweizweite Empfehlung oder Regelung aussprechen.
- Die Kantone können bi- oder multilateral prüfen, ob eine Vereinbarung für eine finanzielle Beteiligung an Opportunitätskosten oder Vorhalteleistungen bei ausserkantonalen Fällen als krisenbezogene Ausnahme notwendig ist und wie sie gegebenenfalls ausgestaltet sein soll.
- Der Bund sollte eine rechtliche Grundlage für eine massgebliche finanzielle Beteiligung an den gesteigerten und allenfalls ungenutzten Kapazitäten schaffen. Ausserdem soll sich der Bund gemäss dem Verursacherprinzip an den Opportunitätskosten bei Eingriffsverboten beteiligen. Wenn sich der Bund nicht massgeblich an der Finanzierung beteiligen kann oder will, ist entsprechende Zurückhaltung bei Vorgaben auf Bundesstufe in Bezug auf die Versorgung angezeigt.