



Datum:

31. März 2020

---

## Kostenübernahme für die stationäre Behandlung im Rahmen der COVID-19-Pandemie

---

Das vorliegende Dokument enthält einen Zusammenzug von Richtlinien betreffend die stationäre Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit dem Ziel, für die Zeit der Corona-Pandemie eine schweizweit einheitliche Praxis zur Regelung der stationären Behandlung sowie die entsprechende Kostenübernahme sicherzustellen. Es stützt sich auf eine vorangehende Abstimmung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit den betroffenen Dachverbänden (H+ Die Spitäler der Schweiz, santésuisse und curafutura), der SwissDRG AG sowie der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren. Die Richtlinien beziehen sich auf den Zeitraum der Geltungsdauer der Verordnung 2 vom 13. März 2020 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (COVID-19-Verordnung 2; SR 818.101.24 ).

### 1. Kostenübernahme generell

#### *Grundsatz*

Die Vergütung der akut-stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital erfolgt über Fallpauschalen welche auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Für das Abrechnungsjahr 2020 hat der Bundesrat am 6. Dezember 2019 die Version 9.0 der Tarifstruktur SwissDRG genehmigt. Stationäre Behandlungen von COVID-19 aufgrund der Infektion mit dem neuartigen Corona-Virus SARS-CoV-2 werden in der Version 9.0 nur unzureichend abgebildet.

Damit die zunehmenden akut-stationären Behandlungen aufgrund einer Infektion mit dem neuartigen Corona-Virus SARS-CoV-2 in den Spitälern kodiert und mittels Fallpauschalen schweizweit einheitlich vergütet werden können, ist somit eine Klärung zur sachgerechten Abbildung dieser Fälle in der Version 9.0 der Tarifstruktur SwissDRG notwendig. Eine solche, unterjährige Empfehlung zur Anwendung einer genehmigten Tarifstruktur obliegt grundsätzlich der für die Entwicklung und Anpassung der Strukturen zuständigen Organisation, welche diese in Absprache mit den Tarifpartnern vornimmt. Eine unterjährige Anwendungsempfehlung einer genehmigten Tarifstruktur bei neuartigen Fällen bedarf keiner Genehmigung durch den Bundesrat. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt die von der SwissDRG AG publizierte (<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg/hinweis-zur-leistungserfassung>) Empfehlung, welche ein schweizweit einheitliches Vorgehen bei der Vergütung von stationären Behandlungen bei COVID-19-Patienten ermöglicht.

#### *Intensivmedizinische Behandlungen*

Die unberechenbare Dynamik einer Pandemie kann es notwendig machen, für die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung die bestehenden Spitalkapazitäten auszubauen oder umzunutzen. Aus Sicht des BAG sollte die Übertragung der entsprechenden Kompetenzen an die Spitäler in Absprache mit den für die Gesundheitsversorgung zuständigen Kantonen erfolgen.

#### **Weitere Informationen:**

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Tel. +41 58 462 37 23, [tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch), [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Damit die zunehmenden intensivmedizinischen Behandlungen aufgrund einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 in den Spitälern kodiert und mittels Fallpauschalen schweizweit einheitlich, auch bei deren Erbringung in nicht zertifizierten Intensivstationen, vergütet werden können, ist eine Empfehlung zur sachgerechten Abbildung dieser Fälle in der Version 9.0 der Tarifstruktur SwissDRG notwendig. Eine solche Klärung (siehe Ankündigung SwissDRG AG: <https://www.swissdr.org/de>) zur Anwendung einer genehmigten Tarifstruktur obliegt ebenfalls der für die Entwicklung und Anpassung der Strukturen zuständigen Organisation, welche diese in Absprache mit den Tarifpartnern vornimmt.

## **2. Umnutzung bestehender Spitalinfrastruktur und Erweiterung durch provisorische Bauten**

### *Intensivstation (Zertifizierung)*

Aufgrund der zu erwartenden starken Ausbreitung des SARS-CoV-2 sind viele Spitäler daran, ihre intensivmedizinischen Kapazitäten auszubauen oder werden sie weiter ausbauen. Diese Intensivstationen sind nicht durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannt und somit nicht zertifiziert. Solange die übrigen Voraussetzungen zur Erbringung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung erfüllt sind, ist eine solche aus Sicht des BAG für den Zeitraum einer Pandemieperiode auch ausserhalb einer anerkannten Intensivstation denkbar. Die Vergütung erfolgt in diesem Fall gleich wie die entsprechende Behandlung auf der anerkannten Intensivstation des betroffenen Spitals (Anwendung der genehmigten/festgesetzten Baserate).

### *Vorbereitungshandlungen*

Die betroffenen Spitäler haben zudem begonnen, die bestehenden Spitalkapazitäten um provisorische (Fahris-)Bauten wie z.B. Container, Feldspitäler zu erweitern. Soweit in diesen Räumlichkeiten Vorbereitungshandlungen wie beispielsweise eine Patienten-Triage vorgenommen oder lediglich Quarantänen ohne medizinische Behandlung durchgeführt wird, so entfällt eine Kostenübernahmepflicht durch die OKP. Solche Leistungen gehören typischerweise zur Grundversorgung, die verfassungsrechtlich den Kantonen obliegt.

### *Provisorische Bauten auf dem Spitalgelände*

Werden Patienten in zusätzlichen provisorischen Räumlichkeiten (wie z.B. Container oder Zelte), welche die räumliche Kontinuität mit der bestehenden Spitalinfrastruktur gewährleisten, stationär behandelt, so erfolgt die Kostenübernahme durch die OKP (Anwendung der genehmigten/festgesetzten Baserate).

## **3. Verpflichtung weiterer Spitäler und weiterer Leistungserbringer**

### *Leistungserbringer der Akutsomatik oder mit einem Bezug zur Akutsomatik*

Artikel 10a Absatz 1 COVID-19-Verordnung 2 sieht vor, dass die Kantone private Spitäler und Kliniken verpflichten können, ihre Kapazitäten für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen. Dies ermöglicht es den Kantonen, die entsprechenden Spitäler unabhängig der bestehenden Leistungsaufträge zu verpflichten. Diese Verpflichtung der Spitäler und Kliniken ist durch den Kanton schriftlich festzulegen (z.B. Anpassung der Spitalliste, Regierungsratsbeschluss, Verfügung). Die Kantone können weitere Leistungsaufträge an Spitäler erteilen, soweit diese zur Entlastung des Gesundheitssystems beitragen. Sofern die betroffenen Spitäler bereits als Listenspitäler Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen, finden die vereinbarten und genehmigten Tarife Anwendung (die höheren Kosten intensivmedizinischer Behandlungen werden durch die entsprechend höheren Kostengewichte der anwendbaren Fallpauschalen abgedeckt). Bei allen anderen Akutspitalern, welche beispielsweise gestützt auf Artikel 49a Absatz 4 KVG bereits mit SwissDRG abrechnen, findet entsprechend der kantonale Referenztarif für nichtuniversitäre Leistungserbringer Anwendung. Dies gilt ebenso für Rehabilitations- oder Psychiatriekliniken oder Abteilungen oder Pflegeheime, welche von einem Spital betrieben werden, welches über einen kantonalen Leistungsauftrag im Bereich der Akutsomatik verfügt oder zu einem

solchen verpflichtet wird. Weiter betroffen sind Spitäler, die weder ein Listen- oder Vertragsspital sind, aber bereits akutsomatische Leistungen erbringen. Betroffen sind somit diejenigen Spitäler, welche im Rahmen der "Kennzahlen der Schweizer Spitäler" des BAG den Aktivitätstyp "Akutbehandlung" ausgewiesen haben<sup>1</sup> oder bereits vor dem Pandemiefall über einen akutsomatischen Leistungsauftrag verfügten.

#### *Leistungserbringer ohne Bezug zur Akutsomatik*

Zur Entlastung der akutsomatischen Spitäler ist ebenfalls eine Verlegung von Patienten in andere Einrichtungen mit Spitalinfrastruktur (Rehabilitationskliniken oder Psychiatrien) oder in Pflegeheimen denkbar, welche nicht von einem Akutspitalbetrieben werden und entsprechend auch nicht den Aktivitätstyp "Akutbehandlung" ausgewiesen haben und auch vor dem Pandemiefall über keinen akutsomatischen Leistungsauftrag verfügten. Der Kanton hat zur Sicherstellung/Aufrechterhaltung der Grundversorgung die Möglichkeit, diejenigen Leistungserbringer zu verpflichten, welche in der Lage sind, die zur Erbringung von Leistungen der Akutsomatik notwendigen Anpassungen an der bestehenden Infrastruktur vorzunehmen. Die Verpflichtung ist durch den Kanton schriftlich festzulegen (z.B. Anpassung der Spitalliste, Regierungsratsbeschluss, Verfügung). Die erwähnten Leistungserbringer haben bis anhin nicht mit dem DRG-Fallpauschalensystem gearbeitet. Der Aufwand dieses System in den Institutionen einzuführen, wäre zu gross und wäre zeitlich nicht realistisch umsetzbar. Daher legt der Kanton im Rahmen der schriftlichen Verpflichtung eine Tagespauschale für diese Leistungserbringer als anwendbaren Tarif fest. Bei einer Verlegung aus einem Spital, welches nach SwissDRG abrechnet, in ein Spital, welches nach unten beschriebener Tagespauschale abrechnet, gewährt das verlegende Spital einen Verlegungsabschlag gemäss den Anwendungsmodalitäten der Tarifstruktur SwissDRG. Die Tagespauschale berechnet sich wie folgt:

$$\text{Tagespauschale} = \frac{\text{Kantonaler Referenztarif nichtuniversitär} \times \text{CMI DRGs A95F und A95G}}{\text{mittlere Verweildauer DRGs A95F und A95G}}$$

Die akutgeriatrischen DRGs (A95F und A95G) werden gewählt, da sie näherungsweise am besten die Leistungen für das potenzielle Behandlungsspektrum, welches von diesen Leistungserbringern übernommen werden könnte, abbilden. Die Variable «Kantonaler Referenztarif nichtuniversitär» erlaubt weiterhin eine Differenzierung nach den kantonalen Gegebenheiten. Mit einfügen der Konstanten ergibt sich folgende Formel:

$$\text{Tagespauschale} = \frac{\text{Kantonaler Referenztarif nichtuniversitär} \times 1.305}{13.722}$$

Als abrechenbare Pauschaltage gelten der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Aufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag. Vollständige Urlaubstage (Abwesenheiten >24 h) dürfen nicht verrechnet werden ([https://www.swissdr.org/application/files/7915/6051/1540/Regeln\\_und\\_Definitionen\\_zur\\_Fallabrechnung\\_unter\\_SwissDRG\\_und\\_TARPSY.pdf](https://www.swissdr.org/application/files/7915/6051/1540/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY.pdf)).

Die Tarifpartner haben sich auf eine geeignete Abbildung der Tagespauschalen im Rahmen der Rechnungsstellung geeinigt<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html> (Betroffen sind folgende Kombinationen von Aktivitätstypen : A, AR, AP, ARP)

<sup>2</sup> [https://www.forum-datenaustausch.ch/uploads/pics/Tarif\\_012\\_per\\_20200326\\_02.xlsx](https://www.forum-datenaustausch.ch/uploads/pics/Tarif_012_per_20200326_02.xlsx)

### *Befristung der Massnahmen*

Die Verpflichtung von Leistungserbringern zur Unterstützung der akutsomatischen Spitäler Patienten zu übernehmen erfolgt befristet. Die Massnahmen werden entsprechend Artikel 12 Absatz 3 der COVID-19-Verordnung 2 auf höchstens 6 Monate ab Inkrafttreten der COVID-19-Verordnung 2 befristet. Der Kanton sieht in der Verpflichtung eine entsprechende Befristung vor.