



## Hintergrundinformationen

### 1 Epidemiegesetz oder Krankenversicherungsgesetz – was gilt?

Das seit 2016 in Kraft stehende Epidemiegesetz (EpG) regelt unter anderem die Finanzierung der behördlich angeordneten Massnahmen. Dazu gehören im medizinischen Bereich etwa die Leistungspflicht für epidemiologische Abklärungen, Diagnostiktests, die Kosten der Referenzlaboratorien oder behördlich angeordnete Quarantänen in einem Spital. So hat das BAG präzisiert, dass Tests, denen sich das Personal von Spitälern oder Heimen unterzieht, vom Kanton übernommen werden. Veranlassen Ärzte Tests bei erkrankten Personen, werden diese von den Krankenversicherern übernommen. Diese Rechtssicherheit braucht es einerseits für die Versicherten: Sie sollen keinesfalls aus Angst vor allfällig ungedeckten Rechnungen auf notwendige medizinische Abklärungen verzichten – ein aus epidemiologischer Sicht gefährliches Verhalten. Andererseits sorgt diese Rechtssicherheit bei den Leistungserbringern und Kostenträgern für klare Verhältnisse. Herrscht nämlich zwischen Bund, Kantonen und Krankenversicherern Einigkeit darüber, welche Kosten unter welchen Umständen von wem zu tragen sind, können die Leistungserbringer – insbesondere die Spitäler, Ärzte und Laboratorien – ihre Rechnungen korrekt ausstellen und einreichen. Auch Anfragen von Versicherten zu diesem Thema lassen sich dann schlüssig beantworten.

### 2 Vergütungsfragen zum Coronavirus-Test sind geregelt

Aufgrund der raschen Ausbreitung des neuen Corona-Virus hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Anfang März 2020 beschlossen, den Diagnostiktest der Krankheit auf die Liste der vergütungspflichtigen Analysen aufzunehmen, befristet bis Ende Dezember 2021. Demnach übernehmen die Krankenversicherer die Kosten für die Tests in einer Höhe von 180 Franken, wenn ein Arzt bei einer erkrankten Person einen solchen Test anordnet.

Diese Leistungspflicht durch die Kassen gilt, wenn sich die Tests nicht auf epidemiologische Abklärungen beziehen. Konkret hat das EDI die Vergütungspflicht für Diagnostik wie folgt geregelt:

- Die Grundversicherung übernimmt die Analysekosten für die symptomatischen Patienten mit schweren Symptomen oder erhöhtem Komplikationsrisiko. Die Indikation ist medizinisch bedingt. Die Kostenbeteiligung – Franchise und Selbstbehalt – ist wie bei allen anderen Krankheiten geschuldet.
- Die Kantone übernehmen die Analysekosten im Falle einer angeordneten Untersuchung zum Schutz der Bevölkerung gemäss EpG. Wenn also die Analyse bei symptomatischen Patienten verordnet wird, die gleichzeitig Gesundheitsfachpersonen oder Pflegepersonal von Alters- oder Pflegeheimen sind. Oder wenn der Kantonsarzt die Analyse bei einer beschwerdefreien Person verordnet.
- Die versicherte Person trägt die Kosten vollumfänglich, wenn weder eine medizinische noch eine öffentliche gesundheitliche Notwendigkeit für die Analyse besteht.