

GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Die mühsame Verrechnung der MiGel-Produkte

 Medinside | 14.02.2022

Lange hat Bundesbern um die neue Regelung der Mittel- und Gegenständeliste (MiGel) gerungen. Seit Oktober letzten Jahres ist sie in Kraft. Doch wirklich glücklich darüber ist niemand.

Claude Chatelain

Wer bezahlt das Verbrauchsmaterial, das Pflegeeinrichtungen und Spitex zur Behandlung der Patienten verwenden? Seit Oktober 2021 ist der Fall klar: Es sind neu wieder die Krankenkassen und nicht mehr Gemeinden und Kantone. Mehr zur Historie siehe unten.

Neu geregelt wurde aber nicht nur die Frage des Kostenträgers, sondern auch die Mittel- und Gegenständeliste (MiGel). Sie erfuhr eine umfassende Revision, worüber nun wirklich nicht alle erfreut sind.

Sparpotenzial: 40 Millionen

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Höchstvergütungsbeiträge zum Teil deutlich gesenkt und ordnet dadurch ein Sparpotenzial von rund 40 Millionen Franken pro Jahr. Die Heime befürchten nun, dass die neuen Maximalvergütungen nicht ausreichen. Falls also der Einkaufspreis über dem Höchstvergütungsbeitrag liegt, muss die Patientin für die Differenz aufkommen.

Zudem wurde die Liste neu strukturiert und in eine A-, B- und C-Liste aufgeteilt. Relevant ist vor allem die B-Liste. Hier sind alle Produkte aufgeführt, die schon auf der alten MiGel aufgeführt waren, nur eben mit tieferen Höchstvergütungsbeiträgen. Wenn nun die Ärztin ein Produkt verschreibt, das nicht auf der Liste steht, bleiben die Kosten beim Patienten, der Patientin, hängen.

Problemfeld Inkontinenz

Ein anderes Problem ist die Verrechnung von Materialien mit einer Jahrespauschale. Beispiel Inkontinenz: Für eine mittlere Inkontinenz vergüten die Kassen 542 Franken pro Jahr; bei schwerer 1108 und bei totaler Inkontinenz sind es 1579 Franken. Eduard Haeni leitet den Burgerspittel in Bern und fragt sich, was er verrechnen kann, wenn die Inkontinenzpauschale im Verlauf des Jahres aufgebraucht ist.

Auch nicht klar ist, wie die Verrechnung aussehen soll, wenn sich die Inkontinenz im Verlauf des Jahres verschlimmert. Christian Streit, Geschäftsführer von Senesuisse, ist aber der Meinung, dass in einem solchen Fall für das ganze Jahr die neue Obergrenze gelten müsse. «Eine Verrechnung pro rata wäre in den meisten Fällen sehr aufwendig, besonders wenn noch mehrere Leistungserbringer betroffen sind, zum Beispiel beim Wechsel von der Spitex ins Pflegeheim».

Bürokratie über alles

Aufwendig ist es so oder so: Für jedes einzelne Produkt, das vom Heim eingekauft und zur Behandlung des Patienten verwendet wird, schickt das Heim der Krankenkassen den Beleg. Einzelleistungsabrechnung nennt man das.

Senesuisse und Curaviva hätten lieber eine Pauschale gehabt. «Pro Pflgetag bräuchte man für all das Verbrauchsmaterial 1,50 bis 3 Franken. Wir hätten uns irgendwo in der Mitte finden können», erklärt Christian Streit. Doch das BAG wollte davon nichts wissen. Kostentransparenz über alles, könnte man sagen.

Pro Pflegestunde 1,20 Franken

Einzelne Kantone kannten schon vorher das System mit der Einzelabrechnung. Bei anderen Kantonen wie etwa dem Kanton Aargau einigte sich der Verband mit dem Kanton auf eine Pauschale. «Pro Pflegestunde erhielten die Pflegeheime für den Einsatz von MiGel-Produkten 1,20 Franken.» Das bestätigt Daniel Suter, stellvertretender Geschäftsführer und Leiter Pflegeinstitutionen beim Gesundheitsverband Vaka,

Das Problem liegt nun darin, dass überhaupt nicht klar ist, wie die Abrechnung mit den Krankenkassen zu erfolgen hat: «Die eine Kasse will für jedes einzelne Produkt einen Beleg; andere sind mit einer Auflistung der Produktkategorien zufrieden und nochmals andere verlangen sogar für jedes einzelne Produkt eine ärztliche Verordnung», sagt Senesuisse-Geschäftsführer Christian Streit.

Bei 1,20 Franken fehlte die Verordnung

Daniel Suter von Vaka ist ein Fall bekannt, bei welchem die Krankenkasse dem Pflegeheim eine Rechnung von 2,10 Franken mangels ärztlicher Verordnung zurückgeschickt hat. Matthias Müller, Kommunikationsleiter bei Santésuisse, verteidigt diese Praxis mit dem Argument, dass es für jede Leistung eine ärztliche Verordnung braucht. «Wir haben den Auftrag, die Rechnungen zu kontrollieren.»

Doch Müller stellt auch klar, dass die Krankenversicherer alles andere als glücklich sind ob all der Änderungen. «Es blieb gar keine Zeit, um die Neuerungen sauber und einfach umzusetzen», sagt er. Man habe bereits in der Vernehmlassung darauf hingewiesen, dass die Abgrenzung der verschiedenen MiGel zu Unklarheiten führen werde. Zudem hätten die Krankenversicherer in den Verhandlungen Pauschalen vorgeschlagen. Nach seinen Angaben hätten die Pflegeheime und die Spitex kein Interesse an einer solchen Lösung gezeigt.

Damit widerspricht der Santésuisse-Sprecher den Aussagen der Pflegebranche, dass sie Pauschalen der Einzelleistungsabrechnung vorziehen. Medinside kommt darauf zurück.

«Alles ist komplizierter geworden»

Urs Schenker, Geschäftsführer im Pflegeheim Sennhof im aargauischen Vordemwald, stellt jedenfalls fest, dass die Pauschalen für Ärzte, Medikamente, Laboruntersuchungen und MiGel-Produkte in den letzten Jahren durch die Einzelleistungsverrechnung «verdrängt» wurde. Dadurch sei der Aufwand auf allen Ebenen massiv gestiegen. «Alles ist komplizierter geworden. Der administrative Mehraufwand macht alles nur teurer».

Noch etwas ist neu: Verwendet ein Heim ein Produkt, das nicht auf der MiGel aufgeführt ist, aber vom Arzt verordnet wurde, so kann es bei der Eidgenössischen MiGel-Kommission ein Gesuch stellen, damit besagtes Produkt allenfalls auf die Liste kommt und damit von der Kasse vergütet werden muss. Wie lange so eine Prozedur dauern wird, lässt sich mangels Erfahrung nicht sagen. Aber man kann es sich etwa vorstellen.

Zum Schluss etwas Positives

Immerhin etwas ist einfacher geworden: Eine Patientin muss regelmässig den Blutzucker messen. Macht sie das selber, wird ihr von der Krankenkasse das Gerät vergütet. Wird aber der Blutzucker von einer Pflegefachperson getestet, muss die Krankenkasse das Gerät nicht bezahlen. Das war einmal.

Seit Inkrafttreten der neuen Bestimmungen rund um MiGel wird nicht mehr zwischen der Verwendung des Pflegematerials durch die Versicherten selbst und der Verwendung durch Pflegefachpersonen unterschieden.

Die Historie im Zeitraffer

Ursprünglich zahlten die Krankenkassen die Kosten für das Verbrauchsmaterial, das in der Langzeitpflege benötigt wird. Für jedes Produkt gemäss der Mittel und Gegenständeliste (MiGel) ist ein Höchstpreis definiert, der von der Krankenkasse vergütet wird.

Auf Ende 2014 ist der Vertrag zwischen den Heimen und den Krankenkassen in Bezug auf Verbrauchsmaterialien ausgelaufen. Die Krankenkassen sind zum Schluss gekommen, dass die Kosten für die Verbrauchsmaterialien gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) bereits in der Vergütung der Pflegeleistungen enthalten sind. Einige Kantone verkurrten aber die Kassen dazu, weiter zu bezahlen bis die Sachlage juristisch geklärt sei.

2017 kam das Bundesverwaltungsgericht zum Schluss, nicht die Krankenkassen, sondern Kanton und Gemeinden müssten das Pflegematerial in Pflegeheimen vergüten, was sie dann ab 2018 via ihrer Restfinanzierung machten. Die Letzten beißen die Hunde, könnte man sagen.

Als die Kantone merkten, dass das einen Haufen Geld kostet, wurde die Politik aktiv. Nun hat der Bund die Vergütung des Pflegematerials aus der MiGel im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) neu geregelt. Seit Oktober werden die Kosten für Pflegematerial zusätzlich zu den Beiträgen an die Pflege von den Krankenversicherern übernommen, sofern es sich nicht um einfache Verbrauchsmaterialien wie Handschuhe, Gaze, Desinfektionsmittel oder um Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten, etwa Blutdruckmessgeräte, handelt.