

20.11.2021, Version 3

**FAQ MiGeL**

Häufige Fragen und Kurzantworten zur neuen Regelung der Abrechnung von Mitteln und Gegenständen in der Pflege.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat entschieden, auf den 01.10.2021 das System zur Abrechnung von «Mitteln und Gegenständen» (MiGe) neu zu regeln. Um Klarheit zu schaffen, unterstützen CURAVIVA Schweiz und senesuisse Institutionen mit Antworten auf die wichtigsten Fragen, die sich aufgrund dieser Neuregelung stellen.

Es bestehen noch immer ungeklärte Fragen und natürlich noch keine Rechtsprechung zu dieser neuen Regelung. Entsprechend wird dieses FAQ fortlaufend angepasst/ergänzt und kann nicht als rechtsverbindlich betrachtet werden.

Nr.	Frage	Die aktuelle Antwort
1.	Wie wurden die MiGe in den letzten Jahren abgerechnet?	Nach Gerichtsentscheiden konnten keine MiGe mehr den Krankenversicherern verrechnet werden, sondern es mussten die sogenannten Restfinanzierer (Kanton oder Gemeinde) dafür aufkommen. Sie taten dies in unterschiedlicher Art und Weise (als Pauschalen, Teilpauschalen oder Einzelverrechnung vergütet, separat oder über die Pflegefinanzierung abgerechnet).
2.	Wie werden die MiGe ab dem 01.10.2021 und künftig abgerechnet?	Die MiGe werden neu in 3 Kategorien mit jeweils unterschiedlicher Verrechnung aufgeteilt. Während MiGe der «A-Liste» weiterhin über die Restfinanzierung der Pflege laufen, werden MiGe der «B-Liste» den Krankenkassen verrechnet und MiGe der «C-Liste» ab 01.10.2022 ebenfalls.
3.	Welche Produkte sind auf der «A-Liste» und wie erhalten Pflegeheime die Vergütung für diese Produkte?	Es wird keine «A-Liste» veröffentlicht, weil es sich dabei um das «Auffangbecken» handelt. Darunter fallen etwa MiGe zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patienten (wie z. B. Fieberthermometer, Stethoskope) oder einfache Verbrauchsmaterialien für die Pflegeleistungen. (wie z. B. Schutzmasken, Handschuhe, Gazen). Für diese Produkte erfolgt keine separate Vergütung, sondern sie werden wie sonstige Pflegeleistungen in der Kostenrechnung erfasst und von den Restfinanzierern vergütet.
4.	Welche Produkte sind auf der «B-Liste» und wie erhalten Pflegeheime die Vergütung für diese Produkte?	Die «B-Liste» ist die eigentliche MiGeL und enthält die meisten Produkte, welche vor der Gesetzesänderung in der MiGeL gelistet waren. Es sind MiGe, welche von Patienten selbst oder von Pflegenden verwendet werden. Ab dem 01.10.2021 werden sie über die Krankenkasse der jeweils betroffenen Patientinnen verrechnet.

5.	Welche Produkte sind auf der «C-Liste» und wie erhalten Pflegeheime die Vergütung für diese Produkte?	Die «C-Liste» wird wie die «B-Liste» veröffentlicht und enthält MiGe, welche nur für professionelle Anwendung durch die Pflege geeignet sind. Diese Liste ist am 01.10.2021 noch leer, zuerst müssen Anträge zur Aufnahme in die Liste gestellt und positiv beurteilt werden. Deshalb ist eine Übergangsfrist von 1 Jahr vorgesehen (also bis zum 30.09.2022), während welcher diese MiGe noch von den Restfinanzierern bezahlt werden müssen. Erst danach werden sie analog der «B-Liste» als Liste mit Preisen veröffentlicht und über die Krankenkasse den jeweils betroffenen Patientinnen abgerechnet.
6.	Welchen Preis kann man in Rechnung stellen?	Für MiGe der «A-Liste» kommt der Einkaufspreis in die Kostenrechnung. Die MiGe der «B-Liste» können künftig maximal nach dem in der Liste definierten Preis der Krankenkasse verrechnet werden (sind die Kosten tiefer als der HVB, können nur diese verrechnet werden). MiGe der «C-Liste» sind noch bis am 30.09.2022 dem Restfinanzierer gemäss effektiven Kosten zu verrechnen, gemäss vom zuständigen Zahler (Kanton oder Gemeinde) definierten Pflegefinanzierungssystem.
7.	Was ist, wenn mich der Einkauf mehr kostet als der gemäss Liste maximal vergütete Betrag (sog. Höchstvergütungsbetrag, kurz HVB)?	Für MiGe gilt kein Tarifschutz, weil Patientinnen sich auch ein teureres Produkt leisten dürfen, wenn sie die Preisdifferenz selber bezahlen. Deshalb <b>sind die Patienten aufzuklären</b> , wenn ein Produkt verwendet wird, für welches sie selber noch einen Beitrag bezahlen müssen. Nach ordnungsgemässer Aufklärung dürfen die ungedeckten Kosten <b>den Patienten verrechnet</b> werden (mit konkreter Einzelabrechnung).
8.	Wie sieht die Verrechnung von Materialien aus, welche im Betrag pro Jahr begrenzt sind?	Bis zu diesem in der neuen MiGeL («B-Liste») definierten Maximalbetrag können die MiGe den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden. Sofern der maximale Betrag resp. die maximale Menge nicht ausreicht, sind die Patientinnen darüber aufzuklären, dass diese Mehrkosten ihnen persönlich verrechnet werden. Unklar ist noch, was etwa bei einer Änderung des Inkontinenzgrads unter dem Jahr passiert, wobei nach unserer Ansicht dann fürs ganze Jahr die neue Obergrenze gelten müsste, zumal eine Verrechnung pro rata sehr aufwändig wäre.
9.	Ist es die Pflicht der Pflegeheime, das Erreichen der Limitierung bei pro Jahr begrenzten Materialien zu überwachen?	Der Betrieb ist nicht direkt dazu verpflichtet, muss aber die Patienten aufgeklärt haben, bevor er diesem die ungedeckten Kosten verrechnet.

		Zudem besteht bei «tiers payant» die Gefahr, dass Rechnungen von der Versicherung zurückgewiesen werden, sobald die Limite überschritten wird. Die Vertragsregelungen mit den Krankenversicherungen sehen heute noch keine klare Regelung vor.
10.	Muss ich unseren Patientinnen die ungedeckten Mehrkosten verrechnen oder kann ich auch einfach darauf verzichten?	Pflegeinstitutionen könnten auch darauf verzichten, die (unter Umständen nur geringen) Beträge der ungedeckten MiGe-Kosten den betroffenen Patientinnen zu verrechnen. Sie haben aber ein Recht darauf, nach genügender Aufklärung (am besten auch der Angehörigen) die entsprechende Verrechnung vorzunehmen.
11.	Was ist mit Pflegematerialien, welche (noch) nicht auf einer Liste stehen?	Diese müssen Patientinnen selber bezahlen, wenn sie sich nach Aufklärung zur Verwendung solcher Materialien entscheiden. Ausgenommen davon sind Produkte der Liste A, welche über die Pflegefinanzierung abzuwickeln sind sowie in der Übergangsfrist Produkte der Liste C, welche die Restkostenfinanzierer (Kantone/Gemeinden) noch bis am 30.09.2022 tragen müssen.
12.	Kann ich auf die Verrechnung der MiGe-Kosten an die Krankenversicherer verzichten?	Zwar kann man Pflegeinstitutionen nicht zu einer Verrechnung der ungedeckten Kosten an die Patientinnen verpflichten. Klar ist aber, dass diese Fehlbeträge nicht auf anderem Weg den Patientinnen in Rechnung gestellt werden dürfen, weil für den in der MiGeL enthaltenen HVB der Tarifschutz gilt. Der nicht verlangte Beitrag der Versicherer würde also ein Betriebsdefizit verursachen oder über Einnahmen ausserhalb der Heimkosten finanziert werden müssen.
13.	Warum gibt es in der neuen «B-Liste» zwei verschiedene Höchstvergütungsbeiträge (HVB)?	Das BAG geht davon aus, dass Institutionen die MiGe günstiger einkaufen können als einzelne Patientinnen. Zudem fällt der Beratungsaufwand weg, wenn Pflegefachpersonal die MiGe an den Patientinnen anwendet. Deshalb gibt es nebst dem bisherigen Preis für den Privateinkauf neu auch einen reduzierten Preis «HVB Pflege».
14.	Für wen gilt der tiefere Höchstvergütungsbeitrag «HVB Pflege»?	Wenn Pflegeheime, Spitex-Betriebe oder freiberufliche Pflegefachleute die MiGe einkaufen, können sie den Krankenkassen der Patientinnen nur den tieferen «HVB Pflege» verrechnen. Für andere Lieferanten (z. B. Apotheke, Arzt) oder den Eigeneinkauf gilt der höhere HVB, wenn die Patientinnen noch zu Hause wohnen. Sofern Patientinnen <u>im Pflegeheim wohnen</u> , kommt immer der tiefere «HVB Pflege» zur Anwendung, auch für Drittlieferanten. Für Bewohnende in

		Wohnformen ohne Pflegeheimstatus (Formen von betreutem Wohnen) gelten die Bedingungen der Spitex (nur «HVB Pflege», wenn der Betrieb einkauft, aber höherer HVB, wenn Drittlieferanten die MiGe direkt an die Patientinnen senden).
15.	Was ist, wenn die «B-Liste» keinen «HVB Pflege» enthält (leeres Feld)?	In diesem Fall können einkaufende Pflegeheime, Spitex-Betriebe oder freiberufliche Pflegefachleute keine Verrechnung an die Krankenkasse der Patientinnen vornehmen. Eine Vergütung an die Patienten erfolgt womöglich mit einem anderen Tarif (Unfallversicherung, SVOT oder AHV/IV) oder sollte in der Restfinanzierung der Kantone/Gemeinden inkludiert sein..
16.	Was ist, wenn die «B-Liste» in der Spalte für «HVB Pflege» den Vermerk «Kategorie A» enthält?	Es handelt sich dabei um MiGe, welche in Pflegebetrieben für mehrere Personen verwendet werden können oder um MiGe, welche zur Grundausstattung eines Betriebs gehören. Deshalb müssen sie in der Restfinanzierung der Pflege berücksichtigt sein und können nicht den Krankenkassen verrechnet werden.
17.	Was müssen Betriebe tun, damit sie ab dem 01.10.2021 nach neuem System abrechnen können?	Entweder müssen die Betriebe einen Lieferanten (z. B. eine Apotheke) finden, welcher die ganze personalisierte Lieferung und Abrechnung für sämtliche Patientinnen übernimmt. Oder dann müssen sie selber die Voraussetzung schaffen, um MiGe der «B-Liste» individuell jeder Patientin zuzuordnen und verrechnen zu können.
18.	Welche Informationen müssen den Versicherern mitgeteilt werden, um die Materialien verrechnen zu können?	Nebst der ärztlichen Verschreibung muss die Beschreibung der MiGe vollständig sein. Dazu gehört in der Regel Angabe des Tarifes 454, die MiGe-Nummer, die Artikelbeschreibung, die Menge, der Einzelpreis und der Gesamtpreis und das Datum.
19.	Welches ist für ein Pflegeheim das einfachste System zur Abrechnung der MiGe?	Besonders für kleinere und mittelgrosse Betriebe ist es empfehlenswert, sich einen Anbieter zu suchen (z. B. Apotheke), der die Lieferung plus die Abrechnung zumindest für die «B-Liste» und vollständig übernimmt. So muss sich ein Betrieb nicht mit Software und Abrechnungsaufwand beschäftigen (Achtung: Auch für Drittlieferanten gilt der tiefere «HVB Pflege», wenn Patientinnen im Pflegeheim wohnhaft sind!).
20.	Gibt es keine Möglichkeit (mehr), MiGe mit Pauschalen zu verrechnen?	Das Gesetz sieht diese Möglichkeit nur dann vor, wenn sich Leistungserbringer(verbände) mit den Versicherern schweizweit vertraglich mit einem datenbasiert kalkulierten Preis einigen können und der Bundesrat diesen Vertrag genehmigt.

		Die Gespräche mit den drei Gruppen von Krankenkassen haben gezeigt, dass keine einheitliche Lösung gefunden werden kann und schweizweite genügende Daten fehlen. Somit sind MiGe der «B-Liste» künftig zwingend per Einzelabrechnung der jeweiligen Kasse des betroffenen Patienten zu verrechnen.
21.	Sind die Krankenversicherer schon so weit, dass bereits ab 01.10.2021 die MiGe der «B-Liste» abgerechnet werden können?	Nicht nur für die Pflegebetriebe, sondern auch für die Krankenkassen bedeutet die Neuregelung eine grössere Umstellung ihres Systems. Es ist damit zu rechnen, dass noch nicht alle Versicherer bereits 2021 die Systemumstellung schaffen. Wichtig ist aus Sicht der Betriebe, dass die Daten zur individuellen Abrechnung erfasst sind, um ab Bereitschaft der Krankenversicherer abzurechnen. In den Verträgen mit den Krankenkassen wird versucht, die genaueren Modalitäten der Abrechnung und mögliche Fristen zu klären.
22.	Besteht ein vorgegebener Rhythmus, wie häufig die Abrechnung von MiGe erfolgen muss? Verwirkt ein Betrieb das Rückforderungsrecht nach einer gewissen Zeit?	Derzeit wird eine Ergänzung der bestehenden Administrativverträge verhandelt, um Klärung zur Abrechnungsmöglichkeit von MiGe zu schaffen. Aktuell kann man sagen, dass ein gleicher Rhythmus wie bei der Verrechnung der Beiträge an die Pflege sinnvoll ist. Eine Verwirkung oder Verjährung tritt nach KVG/ATSG erst nach 5 Jahren ein (Zusatzversicherung nach 2 Jahren).
23.	Wie muss ein Betrieb die MiGe-Kosten der «B-Liste» und später der «C-Liste» an die Krankenkassen verrechnen?	Weil die MiGe-Regelung noch ganz neu ist, gibt es derzeit noch keinen Vertrag zwischen den Leistungserbringern und Versicherern, welcher die Abrechnung der MiGe regelt. Deshalb gelten die aktuellen Administrativverträge. Wenn das gesetzliche System «tiers garant» anwendbar ist, kann der ganze Betrag den Patientinnen verrechnet werden. Diese können danach von ihrer Krankenkasse den anwendbaren HVB-Beitrag zurückfordern. Bei «tiers payant» erfolgt die Verrechnung nur des «HVB Pflege» an den Versicherer (Achtung: Bei einer gleichzeitigen Verrechnung von Pflegebeiträgen und MiGe droht die Rückweisung der gesamten Rechnung, deshalb kann sich eine separate Rechnung für MiGe aufdrängen), die darüber hinausgehenden Kosten an die Patientin.
24.	Dürfen Pflegebetriebe mit dem Einkauf und Verkauf der MiGe einen Gewinn erzielen?	Nein, gemäss Gesetzgebung (Art. 56 KVG, Art. 55 HMG, Art. 3 ff. VITH) müssen die mit Medikamenten und Pflegematerialien erzielten Gewinne an die Patienten resp. Versicherer weitergegeben werden. Allerdings sind in den

		HVB-Preisen auch Kosten wie Lagerhaltung und Personal eingerechnet, deshalb kann zumindest mit dem tieferen «HVB Pflege» kaum ein Gewinn erzielt werden.
25.	Kann ein Betrieb zum Nachweis, dass er mit dem MiGe keinen Gewinn erzielt, einfach mit einer Pauschale als Gemeinkosten für Personal und Infrastruktur rechnen (und damit begründen, dass trotz positivem Ergebnis zwischen Einkaufspreis und HVB kein Gewinn erzielt wurde)?	Es gibt keinen fixen Ansatz (z. B. 10/15/20%), welcher für alle Situationen passend wäre. Das Gewinnverbot ist eine zwingende gesetzliche Vorschrift, gemäss welcher jeder Betrieb für seinen Einzelfall nachweisen muss, wie hoch seine konkret anfallenden Aufwände für Personal und Lagerhaltung sind. Auch nach Ansicht des BAG kann der effektive Preis in Rechnung gestellt werden (Einkaufspreis zuzüglich Kosten für Logistik, Lager und Administration). Weil diese Kosten aktuell nicht bekannt sind, empfiehlt sich eine Verrechnung des HVB. Sollte sich herausstellen, dass trotz der Zusatzkosten noch ein Gewinn auf der Kostenstelle MiGeL resultiert, muss dieser gemäss Art. 56 KVG weitergegeben werden.
26.	Wie ist die Berechnung des «HVB Pflege» zustande gekommen? Werden diese künftig angepasst?	Das BAG hat offenbar Studien erstellen lassen und Preisvergleiche vorgenommen, welche zu diesen Preisen für den Einkauf grösserer Mengen geführt haben. Dabei sind nicht Preise für qualitativ hochwertige Produkte kalkuliert, sondern für zweckmässige und wirtschaftliche Leistungserbringung. Wenn sie nicht reichen, können etwa die nationalen Verbände einen Antrag auf Anpassung des HVB stellen, was umfassende Preiskalkulationen und Auslandpreisvergleiche bedingt. Zudem erfolgt regelmässig eine ordentliche Prüfung der HVB.
27.	Wie sollen auf Ergänzungsleistungen (EL) angewiesene Patienten die ihnen verrechneten Mehrkosten bezahlen können?	Die Kantone wurden durch das BAG über die Änderungen bei der MiGeL orientiert. Dabei wurde jedoch nicht speziell darauf hingewiesen, dass eine Erhöhung der anrechenbaren Kosten bei den EL nötig ist. Der Listenpreis (HVB-Pflege) sollte für den Einkauf des nötigen Materials ausreichen. Bessere Qualität ist nicht finanziert.