

Bulletin 4 der Expertengruppe Versicherungsmedizin: Wichtige Grundlagen

Was alle Orthopädinnen und Orthopäden wissen müssen.....

Postoperative Nachbehandlung nach Endoprothese Hüfte oder Knie – Klinik? Kurhaus? Ambulant?

Bei Einreichung eines Kostengutsprache gesuches speziell nach Hüft- oder Knieprothese und nach grösseren Eingriffen an der Wirbelsäule entstehen oftmals emotionale Diskussionen mit den Versicherungen bzw. mit deren Vertrauensärzten. Die Gründe für eine Ablehnung des Gesuches erscheinen für Orthopäden oft nicht nachvollziehbar. Wir Ärztinnen und Ärzte haben uns zu medizinischen Sachverhalten im biopsychosozialen Modell zu äussern. Die Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte stützen sich auf die Ausführungen im Manual der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV), welches den Orthopäden unter www.vertrauensaeerzte.ch zugänglich ist, aktuell aber überarbeitet wird. Um künftig unnötige Diskussionen bestmöglich zu vermeiden, werden nachfolgend in Absprache mit der SGV die wichtigsten Kriterien für die Einweisung in einen geeigneten Nachbehandlungsort aufgelistet.

Allgemein gilt:

- Die Entscheidung basiert zum ersten auf der **Rehabilitationsbedürftigkeit**. Zu beurteilen sind die aktuelle Behinderung im Beruf und im täglichen Leben auf Grund der Symptome, der Beschwerden in Relation zum Schweregrad der Schädigung.
- Zum zweiten muss die **Rehabilitationsprognose** in die Beurteilung miteinbezogen werden. Nebst den Komorbiditäten und Risikofaktoren sind auch die Motivationslage, die intellektuellen Voraussetzungen und die psychosoziale Last des Patienten von Bedeutung.

Speziell gilt: Einschlusskriterien für eine

Stationäre Rehabilitation in einer Klinik (mit enger ärztlicher Überwachung, intensiver Pflegebedürftigkeit und intensiver Physiotherapie über 2-3 Wochen,, abzugrenzen gegenüber Kur bzw. ambulant)

- Endoprothese **beidseits** in der vorangegangenen Akut-Hospitalisation
- Postoperative **Komplikationen** (TP-Luxation, instabiler Trochanterabriss oder periprothetische Fraktur, Embolie, postoperativ funktionell relevante Parese, intensiv pflegebedürftige Wundheilungsstörung)
- **Komorbiditäten** peripher- oder postoperativ internistisch instabil, funktionell relevante Behinderungen wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Tendenz zur schweren Arthrofibrose nach Knie-TP

Nachbehandlung in einem Kurhaus (mit sporadischer bzw. bedarfsgerechter ärztlicher Kontrollen und minimaler Pflegebedürftigkeit, jedoch intensiver Physiotherapie über 2-3 Wochen, abzugrenzen zur ambulanten Nachbehandlung. Vergütung der medizinischen Leistungen nach Tarmed, freiwilliger Teilbeitrag an Hotellerie durch Krankenkasse)

- Fehlende oder stark eingeschränkte Selbständigkeit
- Ungünstige Rahmenbedingungen für ambulante Durchführung (Wohnung, Wohnort, Verkehrsmittel, Betreuungspersonen, stabile, aber relevante Komorbiditäten.
- Regelrechter Heilungsverlauf ist zu erwarten

Kommentar der Expertengruppe:

Diese Angaben sind Empfehlungen und keine strengen Verbindlichkeiten. Im Einzelfall sollen die aktuellen Probleme mit den Versicherern diskutiert werden können. In der Regel erfolgt der Kontakt über die zuständige Person der Sachbearbeitung. Vertrauensärzte arbeiten zumeist als aussenstehende, unabhängige Kollegen mit Rechenschaftspflicht gegenüber der Versicherung. Sie können ohne vorhergehende Erlaubnis der Versicherung nicht direkt angesprochen werden und verfügen in ihrer Arztpraxis nicht über die nötigen Patientenunterlagen. Man kann aber den Antrag stellen, dass sich ein Vertrauensarzt dringlich mit dem behandelnden Arzt, welcher oftmals unter Zeitdruck steht, rasch möglichst in Verbindung setzt. Die Expertengruppe bemüht sich bei der SGV um entsprechende Unterstützung bei der zügigen Bearbeitung von Gesuchen einer Kostenübernahme.

Die Versicherer verlangen nicht nur eine Auflistung von Diagnosen, sondern eine klare Formulierung der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Rehabilitationsprognose mit Angaben über die aktuellen und zu erwartenden körperlichen Leistungsfähigkeiten, welche eine hohe Anforderung an die ärztliche und pflegerische Leistung stellen.

Pro memoria aus Bulletin 3

Die Krankenversicherungen sind primär bezüglich Indikation zu einem Eingriff nicht weisungsberechtigt, sie können aber über ihren Vertrauensarzt eine Umstrittenheitsabklärung einleiten. Sie sind gesetzlich verpflichtet, die Kosten zu kontrollieren und zu diesem Zweck sind sie befugt, über den Vertrauensarzt bei den behandelnden Ärzten Informationen einzuholen.

Für die Expertengruppe Versicherungsmedizin:

Christoph Bosshard, Peppo Brandenburg, Luzi Dubs, Carol Hasler, Thomas Kehl, Bruno Soltermann, Marc Zumstein

Grandvaux, Februar 2018