



## Spitalplanungsansätze für die Rehabilitation

Freitag, 1. Oktober 2021  
Reha Ticino



# Was stationär, was ambulant? – Gedanken aus juristischer Sicht

Prof. Dr. iur. Ueli Kieser



## Themen des Vortrags – ein juristischer Blick auf aktuelle Probleme

Wie immer bei juristischen Themen – der Blick auf das Gesetz

... dann der Blick auf die Praxis: Was machen Krankenversicherer? Was machen Gerichte?

Fokus auf die Frage: Wann vergütet die Krankenversicherung die ambulante Rehabilitation? Wann vergütet die Krankenversicherung die stationäre Rehabilitation?



## Ausgangspunkt: Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG

Ausgangspunkt der Rechtsprechung bildet Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG; danach gehören «die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation» zu den vergütungsfähigen Leistungen in der Krankenversicherung.

Die Rechtsprechung hat diese Umschreibung in verschiedener Hinsicht präzisiert.



## Was ist «medizinische Rehabilitation»?

Die medizinische Rehabilitation schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens.

Sie kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen, wobei im letzteren Fall eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt ist, welche nach

- der notwendigen Behandlungsintensität,
- dem Behinderungsgrad,
- der Pflegebedürftigkeit und
- der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist.

BGE 126 V 326 f.



## Abgrenzungen – das schwierige Thema

Die medizinische Rehabilitation muss von der Erholungskur abgegrenzt werden.

Die Rehabilitation zielt auf die Wiedererlangung verlorenerer Fähigkeiten oder auf die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln ab.

Demgegenüber beziehen sich Erholungs- oder Genesungskuren auf Erholung durch Schonung und durch Milieu- oder Klimawechsel.

BGE 126 V 323



## Eine weitere Abgrenzung: Stationär und ambulant

Zentral bei den beanspruchbaren Leistungen ist die Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung.

Im Vordergrund des Leistungsspektrums steht die ambulante Behandlung. Die Rechtsanwendung geht grundsätzlich davon aus, dass mit einer ambulanten Behandlung die Rehabilitationsziele erreicht werden können. Es ist also bei der Rechtsanwendung primär zu klären, ob eine ambulante Behandlung ausreicht oder ob – insoweit sekundär – ein Aufenthalt in einer Kuranstalt oder eine stationäre Behandlung erforderlich ist.

Die stationäre Rehabilitation ist lediglich dann im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütungsfähig, wenn die Massnahmen ausschliesslich stationär erfolgen können und das ambulante Behandlungspotenzial nachgewiesenermassen hinreichend ausgeschöpft worden ist.

Urteil Bundesgericht 9C\_413/2012, E. 5.2



## Prüfschema – Schritt 1

Ist es nicht möglich, die Rehabilitationsziele mit einer ambulanten Behandlung zu erreichen, ist vorab zu entscheiden, ob es ausreicht, dass die versicherte Person sich in eine Kuranstalt begibt.

Beim Aufenthalt in einer Kuranstalt ist von Bedeutung, dass bezogen auf die durch die Krankenversicherung zu vergütenden Leistungen weiter zu differenzieren ist. Denn es besteht keine umfassende und auf die Vergütung von Kurkosten bezogene Leistungspflicht der Krankenversicherer. Dies bedeutet, dass die durch den Kuraufenthalt entstehenden Kosten nicht umfassend durch die Krankenversicherung getragen werden. Insbesondere gehen bei einer Rehabilitation im Rahmen eines Kuraufenthalts die Kosten von Unterkunft und Verpflegung zulasten der versicherten Person.

Urteil Bundesgericht 9C\_85/2013





## Prüfschema – Schritt 2

Wenn die ambulante Rehabilitation nicht zu Erreichung der Rehabilitationsziele ausreicht und wenn ein Aufenthalt in einer Kuranstalt ebenfalls nicht dazu geeignet ist, geht es um die Prüfung der Frage, ob eine stationäre Rehabilitation vorzunehmen ist.

Damit die Kosten der stationären Rehabilitation zulasten der Krankenversicherung gehen, muss eine Spitalbedürftigkeit bestehen. Die Spitalbedürftigkeit beurteilt sich nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit, der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten. Mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot wird von den Krankenversicherern zudem geprüft, ob eine kostengünstigere Alternative besteht. Es liegt eine Reihe von Gerichtsentscheiden vor, mit welchen bezogen auf die Rehabilitation die Spitalbedürftigkeit geklärt wurde. Allemal muss dabei der konkrete Einzelfall hinreichend abgeklärt und müssen die massgebenden Sachverhaltselemente gewürdigt werden.

Urteil Bundesgericht 9C\_143/2014, E. 2.2



## Keine stationäre Rehabilitation

Verneint wurde die Spitalbedürftigkeit in folgenden Fällen:

bei jährlich zwei Monate dauernder stationärer Rehabilitation zur Behandlung von Hirninfarktfolgen: Urteil Bundesgericht K 42/00

bei Arteriosklerose: BGE 124 V 362

bei Hüfttotalprothesenoperation: Urteil Bundesgericht K 180/00

bei Burnout-Syndrom: Urteil Bundesgericht 9C\_193/2007



## Stationäre Rehabilitation bejaht

Bejaht wurde hingegen die Rehabilitationsbedürftigkeit in folgenden Fällen:

nach dreifacher kardiovaskulärer Revaskularisation mittels AC-Bypass: Urteil Bundesgericht K 184/00

bei Bewegungstherapie für Herz- und Kreislaufpatienten: Urteil Bundesgericht RSKV 1978 153.

Ebenfalls abgeklärt wird die Dauer der Rehabilitation. Wie lange die Krankenversicherung Rehabilitationskosten zu vergüten hat, beurteilt sich danach, wie lange von den vorgesehenen Massnahmen noch wesentliche Verbesserungen des Rehabilitationserfolges erwartet werden dürfen.

.



## Stationäre Rehabilitation: Die Kostengutsprache

Zu beachten ist schliesslich eine verfahrensrechtliche Eigenheit.

Soll eine Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik durchgeführt werden, ist eine vorgängige Kostengutsprache durch den Krankenversicherer notwendig. Im Grundsatz gilt demnach Folgendes: «Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin».

Vgl. dazu KLV, Anhang 1 Ziff. 11

In der Folge werden in Ziff. 11 bezogen auf einzelne Rehabilitationen besondere Voraussetzungen genannt.



## Was braucht Vertrauensarzt/Vertrauensärztin?

Damit vertrauensärztlich zutreffend entschieden werden kann, müssen genügend Angaben zur Verfügung stehen; es geht

- um die vollständige Diagnoseliste,
- um die Zusammenstellung der durchgeführten Massnahmen,
- um die Benennung von Aktivitätseinschränkungen,
- um die Benennung von Partizipationseinschränkungen sowie
- um Rehabilitationsziele

Wünschbar wäre – insbesondere mit Blick auf eine rechtsgleiche Behandlung von Versicherten – eine einheitliche Bearbeitung von Kostengutsprachegesuchen durch die verschiedenen Krankenversicherer.



## Und zum Schluss eine weitere Abgrenzungsproblematik...

Kann das Ablehnen eines stationären Rehabilitationsaufenthalts zugleich verknüpft werden mit der Ablehnung einer Akutgeriatrie?

Zwischen einer geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung und der stationären Rehabilitation muss unterschieden werden.

Die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung wird in einem Akutspital durchgeführt. Im DRG-System wird die Prozedur durch CHOP-Code 93.89.9 erfasst. Diese Prozedur schreibt unter anderem die Behandlung durch ein geriatrisches Team unter Führung eines FMH-Geriaters bzw. einer FMH-Geriatlerin vor. Die Prozedur definiert zusammen mit verschiedenen Hauptdiagnosen und anderen Faktoren die Zuweisung zu einer bestimmten Fallkostengruppe im DRG-System. Die Wirksamkeit eines akutgeriatrischen Behandlungskonzepts im Spital ist gut belegt; eine solche geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung im Akutspital dauert regelmässig mehrere Tage bzw. wenige Wochen.



## Akutgeriatrie: Abgrenzung generell

Es muss also zwischen stationärer Rehabilitation und Akutgeriatrie unterschieden werden:

- Die Akutgeriatrie erfolgt in einer stationären Spitaleinrichtung und wird über das DRG-System abgerechnet. Damit eine solche Behandlung als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu betrachten ist, müssen die spezifischen Voraussetzungen erfüllt sein; es geht um «Spitalkriterien».
- Davon zu unterscheiden ist die stationäre Rehabilitation, welche in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird. Dafür müssen die spezifischen Voraussetzungen einer stationären Rehabilitation erfüllt sein. Es geht um «Rehabilitationskriterien».



## Akutgeriatrie: Unterschiedliche Behandlungen

Natürlich besteht zwischen beiden Behandlungen insofern eine Gemeinsamkeit, als die Notwendigkeit einer stationären Behandlung nach dem gleichen Kriterium umschrieben wird (Bedürftigkeit nach stationärer Behandlung). Indessen ist nicht ausgeschlossen, dass eine akutgeriatrische Behandlung in einem stationären Rahmen erfolgen muss, während die Rehabilitationsbehandlung ambulant vorgenommen werden kann. Es geht um unterschiedliche Behandlungen, weshalb die Bedürftigkeit der Behandlung im stationären Rahmen auch unterschiedlich beurteilt werden muss. Wenn also eine stationäre Rehabilitation nicht vergütet wird, bedeutet dies noch nicht, dass eine zuvor notwendige akut-geriatrische stationäre Behandlung ebenfalls nicht zu vergüten ist.





## Akutgeriatrie: Unterschiedliche Prüfungen durch Krankenversicherer

Wenn eine Krankenversicherung im Zusammenhang mit einem Gesuch um stationäre Rehabilitation das Vorliegen der Bedürftigkeit einer Behandlung im stationären Rahmen verneint, hat dies bezogen auf eine allenfalls vorangehend notwendige akut-geriatrische stationäre Behandlung keine unmittelbare Auswirkung. Es muss das Bedürfnis einer akut-geriatrischen Behandlung eigenständig und nach den für diese Leistung massgebenden Kriterien abgeklärt werden.



## Akutgeriatrie: Ergebnis

Wenn eine Krankenversicherung im Zusammenhang mit einem Gesuch um stationäre Rehabilitation das Vorliegen der Bedürftigkeit einer Behandlung im stationären Rahmen verneint, hat dies bezogen auf eine allenfalls vorangehend notwendige akut-geriatrische stationäre Behandlung keine unmittelbare Auswirkung. Es muss das Bedürfnis einer akut-geriatrischen Behandlung eigenständig und nach den für diese Leistung massgebenden Kriterien abgeklärt werden.