

Ambulantes Tarifsystem

Unterversorgung in der am- bulanten Neurorehabilitation

Bis zu 80 % der neurologisch Erkrankten erhalten keine ausreichende intensive ambulante Neurorehabilitation. Diese Versorgungslücke könnte durch leistungsgerechte KVG-Pauschalen geschlossen werden, auch im Sinne des Wandels in der ambulanten Behandlung. Dabei muss eine flexible Abrechnung die besonderen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten berücksichtigen.

Arseny A. Sokolov^a, Adrian Guggisberg^b, Margret Hund-Georgiadis^c, Bartosz Bujan^d, Stefan Engelter^e, Simon Jung^f, Karsten Krakow^g, Carmen Lienert^h, Jens Carsten Möllerⁱ, René M. Müri^j, Thomas Nyffeler^k, Paolo Rossi^l, Peter Sandor^m, Christian Sturzeneggerⁿ, Andreas Mühl^o

^a Prof. Dr. med. Dr. phil., Service universitaire de neuroréhabilitation (SUN), Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Université de Lausanne et Institution de Lavigny; ^b Prof. Dr. med., Service de neurorééducation, Hôpitaux universitaires de Genève; ^c PD Dr. med., REHAB Basel; ^d KD Dr. med., Neurorehabilitation, Klinik Lengg, Zürich; ^e Prof. Dr. med., Département Rehabilitation und Neurologie, Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel, und Department für klinische Forschung, Universität Basel; ^f Prof. Dr. med., Universitäre Neurorehabilitation, Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital Bern; ^g Prof. Dr. med., Rehabilitationsklinik Zihlschlacht; ^h Dr. med., Rheinburg-Klinik Walzenhausen; ⁱ Prof. Dr. med., Rehabilitation, Abteilung für Neurorehabilitation, HFR Meyriez-Murten; ^j Prof. Dr. med., Rehabilitationsklinik Zihlschlacht und Gerontechnology and Rehabilitation Group, ARTORG Center, Universität Bern; ^k Prof. Dr. med., Klinik für Neurologie und Neurorehabilitation, Kantonsspital Luzern; ^l Dr. med., Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago; ^m Prof. Dr. med., RehaClinic AG, Bad Zurzach; ⁿ Dr. med., Rehaklinik Bellikon; ^o Dr. med., Neuroréhabilitation, Hôpital du Valais, Sion

Neuologische Erkrankungen wie Schlaganfall, Schädelhirntrauma, Tumore, Parkinson oder Multiple Sklerose gehören zu den Hauptursachen für Behinderungen. In der Schweiz benötigen jedes Jahr 12 000 Menschen eine Neurorehabilitation. Die Neurorehabilitation ebnet den Weg zurück nach Hause, ins Leben und in den Beruf.

Der hohe gesellschaftliche Wert der ambulanten Neurorehabilitation wird jedoch nicht im Tarifsystem abgebildet. Nach Austritt aus einer stationären Neurorehabilitation mit durchschnittlich 730 Minuten pro Woche erleiden Betroffene oft einen Einbruch der Rehabilitationsdosis um bis zu 86 % im ambulanten Bereich [1] auf meist unzureichende 100 Minuten pro Woche. Selbst die vor vielen Jahrzehnten mit Subventionen in einigen Regionen der Schweiz entstandenen Tageskliniken kön-

nen im Durchschnitt nur 360 Minuten pro Woche anbieten. Vereinzelt werden tagesklinisch 540 bis 580 Minuten pro Woche erreicht, vor allem im Rahmen von Gruppentherapien, die nicht immer den Grad an Personalisierung ermöglichen, den komplexe neurologische Patientinnen und Patienten für eine optimale Erholung benötigen.

Therapiedosis weit von Empfehlungen entfernt

360 Minuten pro Woche entsprechen dem Standard für intensive ambulante Schlaganfall-Neurorehabilitation in Kanada aus dem Jahr 2008 [2]. Internationale Empfehlungen halten fest, dass bei höherer Dosis bessere Therapieerfolge erzielt werden können [3], allerdings werden meist nur etwa 10 % der effektiven Therapiedosis verabreicht, die laut Tiermodellen optimal wäre [4].

Zudem variieren die Versorgungsangebote und Qualitätsstandards in der Schweiz stark regional. In vielen, selbst zentralen Regionen erhalten knapp 80 % der Betroffenen mit entsprechender Indikation entweder keinen oder nur unzureichenden Zugang zur intensiven ambulanten Neurorehabilitation. Diese Situation ist aufgrund des begrenzten Zeitfensters für optimale neurologische Erholung und

**Bei Austritt aus der stationären
Neurorehabilitation fällt die
Rehabilitationsdosis oft um 86 %.**



Bild: Zur Verfügung gestellt vom Service universitaire de neuroréhabilitation, CHUV Lausanne und Institution de Lavigny.

Ambulante Neurorehabilitation: Patient im Zentrum

der Komplexität der Fälle inakzeptabel. Das Gesundheitssystem in der Schweiz ist weit davon entfernt, eine quantitativ und qualitativ adäquate ambulante Neurorehabilitation anbieten zu können.

Unzureichende Vergütung im KVG

Diese systemische Lücke resultiert aus einer unzureichenden und fragmentierten Vergütung der tagesklinischen Neurorehabilitation im Rahmen des KVG. Leistungsgerechte tagesklinische Pauschalen würden es ermöglichen, eine Neurorehabilitation mit adäquater Intensität, Koordination und Qualität anzubieten. Dadurch würde man eine best- und schnellstmögliche Erholung erreichen, mit beträchtlichen sozio-ökonomischen Nutzen einschliesslich der KVG-Taggeldkosten.

Lösungsansätze: tagesklinische Neurorehabilitation

Diese sozio-ökonomischen Zusammenhänge sind im UVG-Bereich rasch erkannt worden. Zum 1. Januar 2025 fand ein Suva-Modell für tagesklinische Rehabilitation Anwendung auf alle Versicherten auf Bundesebene (UVG, IV und MV) im Rahmen eines Tarifvertrags von H+ [5], mit kostendeckender Vergütung. Auf dieser Grundlage wird die Entwicklung

Die Versorgungsangebote und Qualitätsstandards ambulanter Neurorehabilitation in der Schweiz variieren stark regional.

eines KVG-Tarifsystems für die tagesklinische Neurorehabilitation anvisiert.

Die Schweizerische Gesellschaft für Neurorehabilitation (SGNR) begrüßt diese Entwicklung, die auch durch die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen begünstigt wird. Leistungsabhängige und -gerechte interprofessionelle KVG-Pauschalen wären ein grundlegender Schritt, um die dramatische Versorgungslücke zu überwinden und qualitativ adäquate, koordinierte, strukturierte und ausreichend verfügbare Angebote zu entwickeln.

Patientinnen- und patientenzentrierte Ansätze

Gleichzeitig muss in der Neurorehabilitation zwischen Unfall und Krankheit unterschieden werden. Allgemein sollte intensive ambulante Neurorehabili-

Die neuropsychologische Rehabilitation ist in der Arbeitsintegration vieler Patientinnen und Patienten unabdingbar.

tation an durchschnittlich drei Tagen pro Woche mit mehreren Therapiesitzungen pro Tag stattfinden. Im Vergleich zum Schädelhirntrauma sind Betroffene nach Schlaganfall, Hirntumoren oder mit Multipler Sklerose oft älter und weniger belastbar. Die Belastbarkeit ist zudem grösseren Fluktuationen unterworfen. Bei Hirntumoren und Multipler Sklerose sind die neurologischen Symptome oft progressiv und chronisch, wodurch teilweise andere Therapiekonzepte inklusive längerer Rehabilitationsdauer notwendig werden. Dariüber hinaus leiden die Betroffenen oft an neurologischer Fatigue, die weniger durch Medikamente beeinflusst werden kann, weil diese zum Teil kontraindiziert sind.

Aufgrund dieser Komplexität und Heterogenität kann nicht erwartet werden, dass im KVG-Kontext jeden Tag 3,5 bis 4 Stunden an Therapien absolviert werden. Dementsprechend befürwortet die SGNR eine längerfristige und flexible Abbildung und Steuerung der Therapiedosis im KVG-Bereich, insbesondere wochenweise oder über die gesamte Behandlungsdauer.

Dariüber hinaus setzen mehrere Autorinnen und Autoren dieses Beitrags die neuropsychologische Rehabilitation erfolgreich in der beruflichen Wiedereingliederung ein, um Störungen der Kognition und des Verhaltens möglichst präzise, zielgerichtet und alltagsrelevant zu überwinden. Dies ermöglicht eine raschere Verbesserung der Belastbarkeit und Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit. Dementsprechend wurde die ambulante neuropsychologische Rehabilitation durch das Bundesamt für Gesundheit zum 1. Januar 2027 ins KVG aufgenommen [6]. Kognitive Störungen und Fatigue werden in der Neurorehabilitation zunehmend im Vordergrund stehen [7, 8] und den Bedarf an bestimmten Therapien wie Neuropsychologie und Ergotherapie erhöhen. Künftige Tarifsysteme für ambulante Neurorehabilitation müssen dem Rechnung tragen, insbesondere in der Arbeitsintegration.

Zuletzt ist es aufgrund der Komplexität der neurologischen Krankheitsbilder unabdingbar, dass die ambulante Behandlung von ärztlichen Spezialistinnen und Spezialisten für Neurorehabilitation verschrieben, angeleitet und koordiniert wird. Entsprechend DefReha sind dies Fachärztlinnen und Fachärzte für Neurologie oder Physikalische Medizin und Rehabilitation, mit mindestens 2 Jahren Erfahrung in der Neurorehabilitation [9].

Schlussfolgerung

Zusammenfassend muss die schwerwiegende Versorgungslücke in der ambulanten Neurorehabilitation

möglichst bald überwunden werden, um den Betroffenen eine optimale Erholung und Reintegration zu ermöglichen. Der Wandel in der ambulanten Neurorehabilitation kann nur durch leistungsgerechte tagesklinische KVG-Pauschalen erfolgreich gestaltet werden. Den besonderen Bedürfnissen der neurologischen Patientinnen und Patienten muss durch ausreichende Flexibilität im Tarifsystem Rechnung getragen werden. Ebenso muss der Stellenwert der neuropsychologischen Rehabilitation im Leistungsspektrum der Arbeitsintegration berücksichtigt werden, und die tagesklinische Neurorehabilitation von ärztlichen Spezialistinnen und Spezialisten für Neurorehabilitation verschrieben und koordiniert werden. Eine leistungsgerechte Vergütung wird die Abhängigkeit der ambulanten Neurorehabilitation von Subventionen der öffentlichen Hand reduzieren, und landesweite adäquate Versorgungsstandards in der Neurorehabilitation ermöglichen. ***

Korrespondenz

arseny.sokolov@chuv.ch

Literatur

- 1 Sokolov AA, Serino A. SWISSNEUROREHAB – Technologie-assistiertes Continuum of Care in der Schweizer Neurorehabilitation. Neurol Rehabil. 2024;30(S1):28-29
- 2 Teasell RW et al. A blueprint for transforming stroke rehabilitation care in Canada: the case for change. Arch Phys Med Rehabil. 2008;89(3):575-578
- 3 Lang CE, Lohse KR, Birkenmeier RL. Dose and timing in neurorehabilitation: prescribing motor therapy after stroke. Curr Opin Neurol. 2015;28(6):549-555
- 4 Krakauer JW et al. Getting neurorehabilitation right: what can be learned from animal models? Neurorehabil Neural Repair. 2012;26(8):923-931
- 5 <https://www.hplus.ch/de/tarife/tarreha-tarif-betreffend-erbringung-ambulanter-rehabilitation-nach-uv/mv/iv>
- 6 <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2025/419/de>
- 7 Joudi RA et al. Health-Related Quality of Life Among Patients With Acute Ischemic Stroke and Large Vessel Occlusion in the ESCAPE Trial. Stroke. 2021;52(5):1636-1642
- 8 Blum F et al. Seeing the good in the bad: actual clinical outcome of thrombectomy stroke patients with formally unfavorable outcome. Neuroradiology. 2022;64(7):1429-1436
- 9 https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/_DefReha_c/_DefReha_4.0_-Rehabilitation_Definition_und_Mindestanforderungen.pdf