

Rehaklinik
St.Gallen

valens

Systemrelevanz der spitalnahen Rehabilitation

Dr. med. Danuta Zemp, EMBA HSG, MPH, Klinikdirektorin Rehaklinik St.Gallen und Walzenhausen
Christian Schlücke, Leiter Therapien, Rehaklinik St.Gallen



Rehaklinik St. Gallen

Kompetenzzentrum für spitalnahe Rehabilitation

Junction by Richard Serra - Museum of Arts in Almaty



Spitalnahe Rehabilitation- Intensivstation der Rehabilitation

2 Gruppen von Patientinnen und Patienten in unmittelbarer Nähe zum Akutspital

Patientinnen und Patienten, die während des Rehaaufenthaltes vereinzelt oder regelmässig auf die Leistungen des Akutspitals angewiesen sind

und / oder

Patientinnen und Patienten, die während des Rehaaufenthaltes ein hohes Rückverlegungsrisiko haben

Rehaklinik St. Gallen

46 Betten
8 (-12) Frührehabetten

Ambulatorium
mit rund 1000 Konsultationen/Monat

120 Mitarbeitende

Go live Sommer 2024

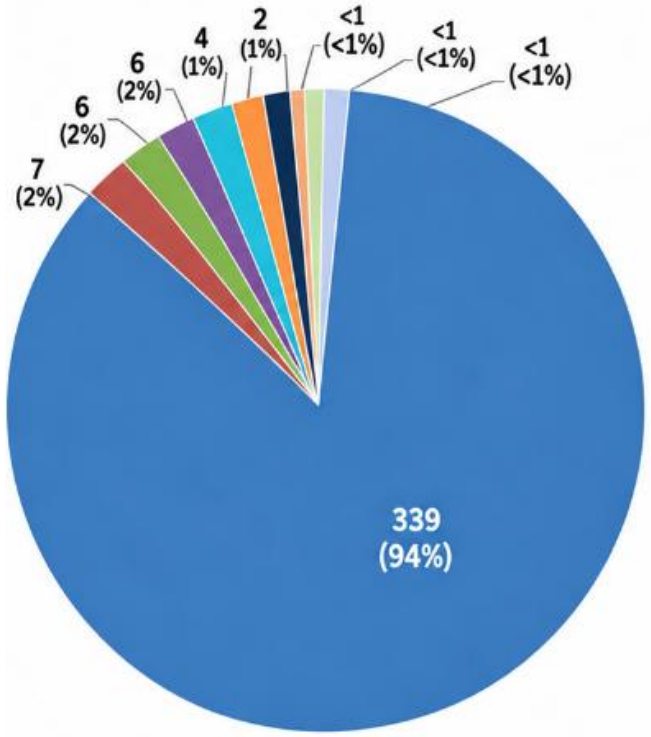
Leistungsaufträge

- Neurologische Rehabilitation
- Geriatrische Rehabilitation
- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Onkologisch-internistische Rehabilitation

Spezialkompetenzen

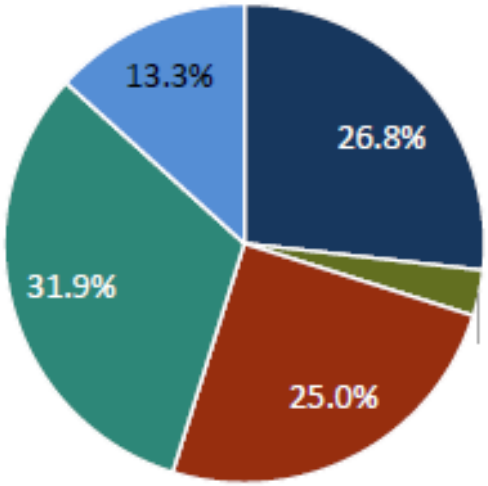
- Frühreabilitation / interprofessionelle Überwachungsreh
- Dysphagienzentrum
- Kompetenzschwerpunkt HNO Patientien
- Ambulantes Zentrum TarReha

Zuweiser Top 10 an der Rehaklinik St. Gallen



Zuweiser	Fälle 2025 (Jan–Dez)	Fälle 2026 (Jan–Aug)
HOCH Health Ostweiz (St. Gallen inkl. Geriatrische Klinik und Grabs)	411	339
Fachärzte / niedergelassene Ärzte	9	7
Kantonsspital Winterthur (KSW)	17	6
Kantonsspital Münsterlingen	–	6
Universitätsspital Zürich	9	4
Stadtspital Zürich (Triemli)	–	2
Hirslanden Klinik Rosenberg, Heiden	9	–
Spital Herisau	9	–
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	14	–
Weitere Zuweiser	–	<1

Hinweis: Es werden die Top-10-Zuweiser mit insgesamt 264 Fällen dargestellt.
Quelle: internes Reporting, Stand: Aug. 2026



Stand 9/2026

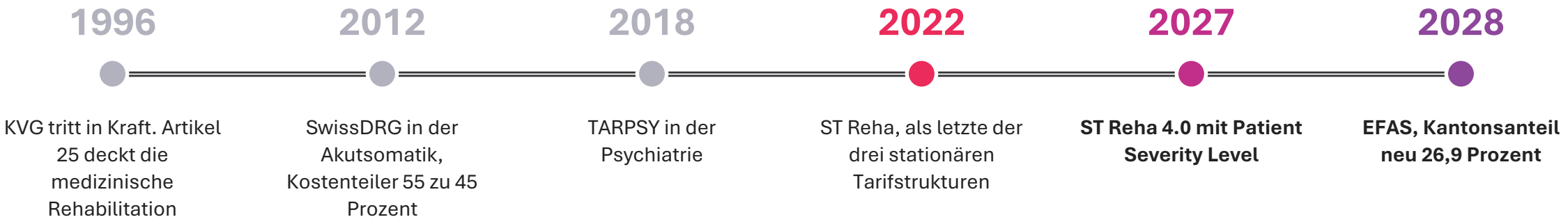


Bedeutung der spitalnahen Rehabilitation für das Gesundheitssystem

Systemrelevanz: 5 Sichtebenen

1. Versorgungssicht Was das System braucht und was ihm heute fehlt.
2. Patientensicht Gezielte Rehabilitation zum richtigen Zeitpunkt.
3. Zuweisersicht Was brauchen die Zuweiser?
4. Finanzielle Sicht Was spart die Reha an Kosten im System?
5. Wie weiter? What to work on?

30 Jahre Rehabilitation im KVG



- **ST Reha 4.0: der Patient Severity Level ab 2027** bildet die Komplexität des Falls (Bedeutung der erfassten Diagnosen und der Nebendiagnosen), jedoch nicht den tatsächlichen Pflege- und Therapieaufwand ab.
- Mit **EFAS** stellt sich die Frage nach dem Umgang mit dem Ambulantisierungsdruck bei zunehmender Anzahl komplexer Patientinnen und Patienten, für die eine ambulante Reha eine logistische Meisterleistung bedeutet.

Der Leistungsanspruch steht seit 30 Jahren unverändert im Gesetz. Verändert hat sich alles rundherum.

Quellen: KVG vom 18.03.1994, SR 832.10, in Kraft seit 01.01.1996; Übergangsbestimmungen zur KVG-Revision Spitalfinanzierung vom 21.12.2007; BAG, Stationäre Tarifstrukturen; BVGE 2015/39 (C-2142/2013) vom 20.10.2015; SwissDRG AG; BAG, EFAS.

Nicht nur mehr Fälle, sondern schwerere

+47 %

mehr Menschen ab 65 Jahren bis 2055, von 1,81 auf 2,67 Millionen. Der Altersquotient steigt von 33 auf 45

BFS, Szenarien 2025 bis 2055

6 bis 8

Jahre verbringt ein Mensch ab 65 im Mittel in eingeschränkter Gesundheit. Pro Kopf ist dieser Wert stabil

Obsan und MonAM, Zeitreihe 1992 bis 2022

25 % / 41 %

der 65- bis 79-Jährigen und der über 80-Jährigen leben mit zwei oder mehr chronischen Krankheiten

Obsan Bulletin 4/2013, SHARE 2010/11

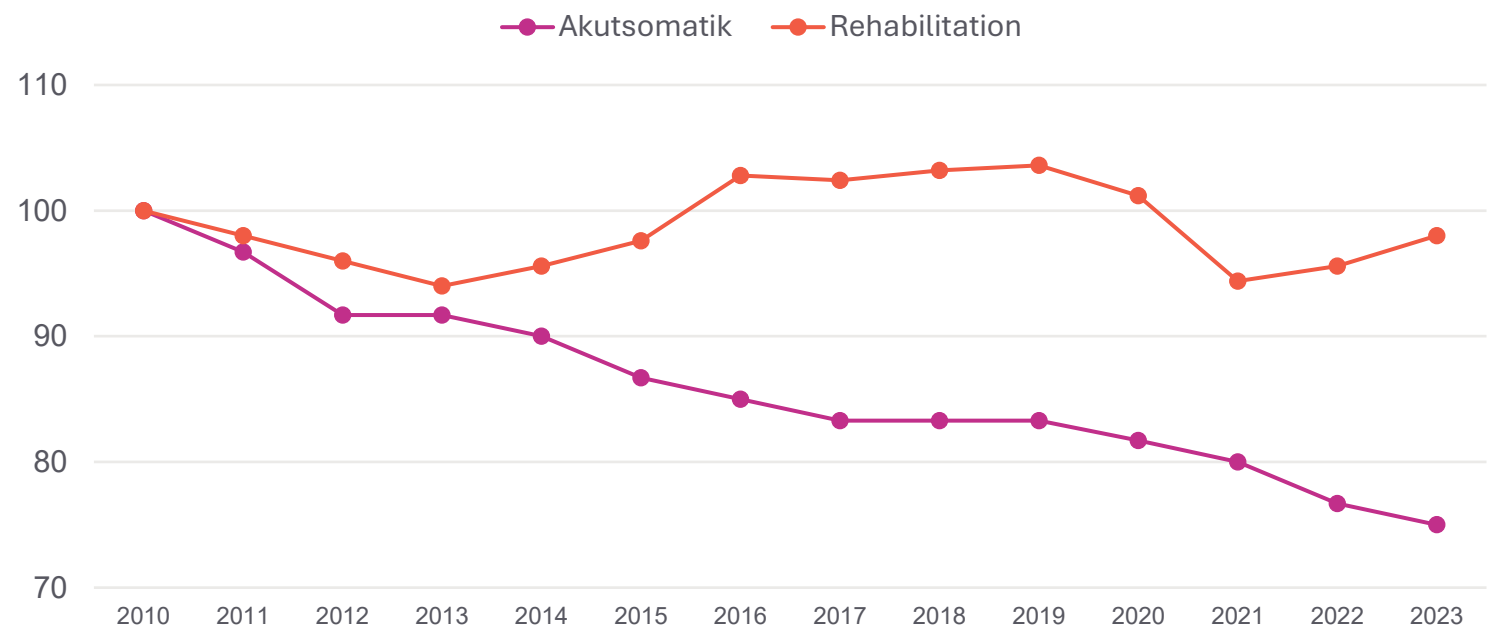
- **Das Durchschnittsalter in der stationären Rehabilitation stieg von 70,6 Jahren (2013) auf 74,0 Jahre (2024)**
- Der **Komorbiditätsscore CIRS nahm 2024 in sechs von neun Rehabilitationsbereichen zu**, am stärksten in der kardialen und der geriatrischen Rehabilitation

Die Jahre in eingeschränkter Gesundheit bleiben pro Kopf stabil. Sie multiplizieren sich mit einer Alterskohorte, die um die Hälfte wächst.

Quellen: BFS, Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung 2025 bis 2055; Obsan und MonAM, Lebenserwartung in guter Gesundheit ab 65 Jahren; Obsan Bulletin 4/2013 (SHARE); ANQ, Patientenzufriedenheit Rehabilitation 2013 bis 2024 und Kurzfassung Nationale Vergleichsberichte 2024.

Die Schere zwischen Akutspital und Rehabilitation

Mittlere Aufenthaltsdauer Kanton St.Gallen, Index 2010 = 100



6,0 → 4,5

Tage Akutsomatik, 2010 bis 2023
minus 25 Prozent

25,2 → 24,7

Tage Rehabilitation, 2010 bis 2023
praktisch unverändert

Das Akutspital entlässt früher. Die Genesung dauert gleich lang.
Die Differenz muss jemand übernehmen, immer früher.

Quelle: Fachstelle für Statistik Kanton St.Gallen, Aufenthaltsdauer nach Spitalbereichen, 26.11.2024, Datenbasis BFS Medizinische Statistik. Schweizweit sank die Akutverweildauer von 6,2 Tagen (2012) auf 5,2 Tage (2023).

Systemrelevanz: 5 Sichtebenen

1. Versorgungssicht Was das System braucht und was ihm heute fehlt.
2. Patientensicht Gezielte Rehabilitation zum richtigen Zeitpunkt.
3. Zuweisersicht Was brauchen die Zuweiser?
4. Finanzielle Sicht Wo spart die Reha an Kosten im System?
5. Wie weiter? What to work on?

4 Evidenzlinien, vier harte Endprodukte

Schlaganfall

Organisierte, multidisziplinäre Versorgung senkt Sterblichkeit, Abhängigkeit und Heimeintritte um rund ein Viertel

OR 0,76 · Cochrane 2020, n = 5'902

Geriatrie

Funktionelle Verbesserung mit einer NNTB von 7, weniger Pflegeheimeintritte

RR 1,37 Funktion, RR 0,86 Heimeintritt · BMC Medicine 2024;22:551

Kardiologie

Jede zwölfte kardiale Rehabilitation verhindert einen Spitaleintritt innerhalb eines Jahres

NNTB 12 · Cochrane 2021, n = 23'430

Pneumologie

Rehabilitation nach einer COPD-Exazerbation senkt die Rehospitalisationen um mehr als die Hälfte

OR 0,44 · Cochrane 2016, n = 810

Für alle vier Indikationen ist der Nutzen an harten Endpunkten belegt, nicht an Surrogatparametern.

Quellen: Cochrane CD000197 (2020); Wong et al., BMC Medicine 2024;22:551; Cochrane CD001800 (2021); Cochrane CD005305 (Puhan et al., 2016). Ergänzend: Bachmann et al., BMJ 2010;340:c1718 (Pflegeheimeintritt RR 0,64 bei Austritt).

Die Grenze zur Akutsomatik verschiebt sich

2024

Frührehabilitation und Paraplegiologie

Diese Fälle werden nicht mehr über ST Reha, sondern über SwissDRG vergütet. Die Akutsomatik hat den akutnächsten Teil der Rehabilitation übernommen

2024

Überwachungs-Rehabilitation

Neue CHOP-Kodes verlangen **permanentes Monitoring** der Vitalfunktionen, ärztliche Visiten an mindestens fünf von sieben Tagen und 180 Minuten Pflege und Therapie pro Tag

2025

Leistungsauftrag überwachungspflichtig

Die kantonalen Leistungsgruppen verlangen dafür einen **Kooperationsvertrag mit einem Akutspital mit Intensivstation** und Notfall-Labor innert 30 Minuten

2027

Patient Severity Level

ST Reha 4.0 bewertet die **Komplexität erstmals diagnosebasiert**, mit einem Index von 100 bis 200 und Schweregradsplits in sieben Kostengruppen

Tarif, Kodierung und Spitalplanung bewegen sich seit 2024 in dieselbe Richtung: Die Rehabilitation wird akutnah definiert.

Quellen: SwissDRG AG, Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung, gültig ab 01.01.2024 (CHOP 93.86, 93.8C.1 und 93.87); CHOP-Version 2024, Kodes BB.3 und BB.4; FMH, Referenzdokument BB.41 Überwachungsrehabilitation vom 15.12.2023; GDK, Empfehlung Qualitätsanforderungen Rehabilitation vom 24.11.2022; SwissDRG AG, ST Reha 4.0.

Nicht möglichst früh, sondern rechtzeitig und richtig

Was die Evidenz stützt

- Ein Beginn später als Tag 2 verschlechtert das Ergebnis dosisabhängig: adjustierte OR 0,84 an Tag 3 bis 0,57 ab Tag 6, Referenz ist Tag 2
- Eintritt in die stationäre Rehabilitation innert 30 Tagen: bessere Funktion und kürzerer Aufenthalt
- Eine höhere Mobilisationsfrequenz verbessert das Ergebnis, eine längere Einzeldauer nicht

Was die Evidenz begrenzt

- Sehr frühe, hochdosierte Mobilisation unter 24 Stunden verschlechtert das Ergebnis: adjustierte OR 0,73 für ein günstiges Ergebnis (AVERT)
- Frühe aktive Mobilisation auf der Intensivstation erhöhte die Komplikationsrate: 9,2 gegenüber 4,1 Prozent (TEAM)

Es braucht rehabilitative Fachkompetenz am Akutspital, nicht einfach mehr Mobilisation durch das Akutspital.

Quellen: Otokita et al., J Rehabil Med 2021;53:jrm00145 (n = 140'655); Salter et al., J Rehabil Med 2006;38:113-117; AVERT, Health Technol Assess 2017;21(54); TEAM Investigators, N Engl J Med 2022;387:1747-1758.

Sicherstellung der gezielten Rehabilitation dank des Angebotportfolios der Klinikgruppe Valens

Vom Akutspital …	1 Unmittelbar an grossen Partner-Akutkliniken	2 Grosse starke Rehakliniken	3 Spezialisierte «Bijoux» Rehakliniken	4 Ambulante Rehakliniken	5 Rehabilitation zu Hause	… nach Hause
Region Nord	Rehaklinik **St.Gallen** ○	Rehaklinik **Gais**	Rehaklinik **Walzenhausen**	Ambulante Reha **St.Gallen**	Reha **Casa** ○	
Region Süd	Rehaklinik **Chur** ○	Rehaklinik **Valens** Rehaklinik **Davos Clavadel**	Clinic **Bad Ragaz** Rehaklinik **Walenstadtberg**	Ambulante Reha **Chur**	Reha **Casa** ○	
Region Zürich	Rehaklinik **Triemli** ■□	Rehaklinik **Wald** □	Klinik **Lengg**	Rehaklinik **Triemli Zürich** Ambulante Reha **Wetzikon** Ambulante Reha **Lengg**	Reha **Casa** ○	

○ Inbetriebnahme erfolgt
■ Inbetriebnahme steht bevor
□ Neubau steht bevor

Cave: spitalnah bedeutet nicht wohnortnah

Was beeinflusst den Patientenentscheid für eine Rehaklinik:

- Eines der wichtigsten Kriterien beim Entscheid ist die Wohnortnähe.
- Die Empfehlung der Akutspitäler und der Versicherer spielt jedoch eine noch wichtigere Rolle.



Bei der spitalnahen Rehabilitation steht das medizinisch-therapeutische Angebot im Vordergrund nicht das Versprechen der Wohnortnähe.

Quelle: DAS REHAPORTAL: Trendreport 2025; Durchschnitt der Auswertungsjahre 2019-2023. .

Systemrelevanz: 5 Sichtebenen

Versorgungssicht Was das System braucht und was ihm heute fehlt.

Patientensicht Gezielte Rehabilitation zum richtigen Zeitpunkt.

Zuweisersicht Was brauchen die Zuweiser?

Finanzielle Sicht Was spart die Reha an Kosten im System?.

Wie weiter? What to work on?

Was Zuweiser von einer Rehaklinik erwarten

Tempo	Verlegung in die Rehabilitation: schnell und häufig kurzfristig
Vorgehen bei Komplikationen	geordnete Rückverlegung , wenn eine Komplikation/Akutbedürftigkeit (wieder)eintritt
Komplexität	Übernahme überwachungspflichtiger und pflegeintensiver Patientinnen und Patienten
Gemeinsame Prozesse	abgestimmte Teams, definierte Behandlungspfade, sicherer Informationsfluss
Verlässlichkeit	planbare Kapazität statt Warteliste

Tempo und gemeinsame Prozesse sind im Kanton St.Gallen bereits festgelegt.

Quellen: Regierungsbeschluss über die Spitalliste Rehabilitation, sGS 331.43, Anforderungen an Listenspitäler; Planungsbericht Spitalplanung Rehabilitation ARAISG 2023/2024; Aussagen der ärztlichen Leitung Rehaklinik St.Gallen, gesundheitheute, 28.11.2024.

Der Verlegungsdruck im Akutspital ist gross

81 %

der Akutspitäler halten Patientinnen und Patienten länger als medizinisch nötig: 31 Prozent «oft», 50 Prozent «manchmal»

500 bis 1'000

betroffene Patientinnen und Patienten pro Zentrumsspital und Jahr, an Universitätsspitälern mehrere Tausend

21 %

der Wartetage entstehen, weil der Eintritt in die Rehabilitation noch nicht möglich ist

Weitere Gründe: 42 Prozent warten auf eine Übergangslösung vor der Rückkehr nach Hause, 26 Prozent auf einen Langzeitpflegeplatz

Jeder Wartetag belegt ein kostenintensives Akutspitalbett, ohne medizinischen Mehrwert. Ohne leistungsfähige Rehabilitation ist die demografische Entwicklung versorgungsseitig nicht zu bewältigen.

Quelle: BAG, Forschungsbericht Akut- und Übergangspflege, Schlussbericht vom 06.12.2022. Tagespreis Akutsomatik: BSS/SW!SS REHA 2025 (Datenjahr 2022).

Spitalnahe Rehabilitation
Hand in Hand mit der Akutsomatik

- Know-how-Transfer zwischen Rehabilitation und Akutsomatik durch gemeinsame ärztliche Visite auf den Intensivstationen des Akutspitals und Planung der Übertritte in der Rehabilitation
- Entlastung knapper Akutbetten- Verkürzung der Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik
- Reduktion der Wiederaufnahmen in der Akutsomatik
- Abgestimmte Patient Journey zwischen Akut und Reha

Übernahme von Patientinnen und Patienten vom HOCH in die KLV nach ärztlicher Kadervisite KLV:
Stand Ende Juli 2026

	Visitiert im HOCH	aufgenommen KLV	Aufgenommen St.Gallen
Anzahl Patienten	39	21	13

Zuweiserbefragung 2026

Das schätzen die Zuweiser am Standort:

- **Ambulante Angebote und Frührehabilitation:** ambulantes Rehabilitationsangebot und Möglichkeit einer frühzeitigen Rehabilitation als wertvolle Ergänzung in der Versorgung
- **Nähe zum Akutspital und gute Vernetzung:** räumliche Nähe zum Kantonsspital, enge Vernetzung und gute persönliche Kontakte
- **Unkomplizierte Zusammenarbeit und Zuverlässigkeit:** Unkomplizierte, zuverlässige und effiziente Zusammenarbeit, gute Kommunikation, reibungslose Abläufe und hohe Termintreue

Vom Pilotprojekt zum Gruppenstandard

2024
Rehaklinik St.Gallen

46 Betten, erste spitalnahe Rehabilitation der Gruppe, am Standort von HOCH

2024
Rehaklinik Chur

32 Betten im Gebäude des Kreuzspitals, zweites spitalnahes Modell

2027
Triemli Zürich, Interim

32 Betten im Stadtspital Zürich Triemli

2029
Rehaklinik Triemli Zürich

Neubau mit rund 140 Betten, im Bau seit Juni 2026

Drei Standorte, ein Modell: Die Gruppe skaliert Spitalnähe, weil sie sich in St.Gallen bewährt hat.

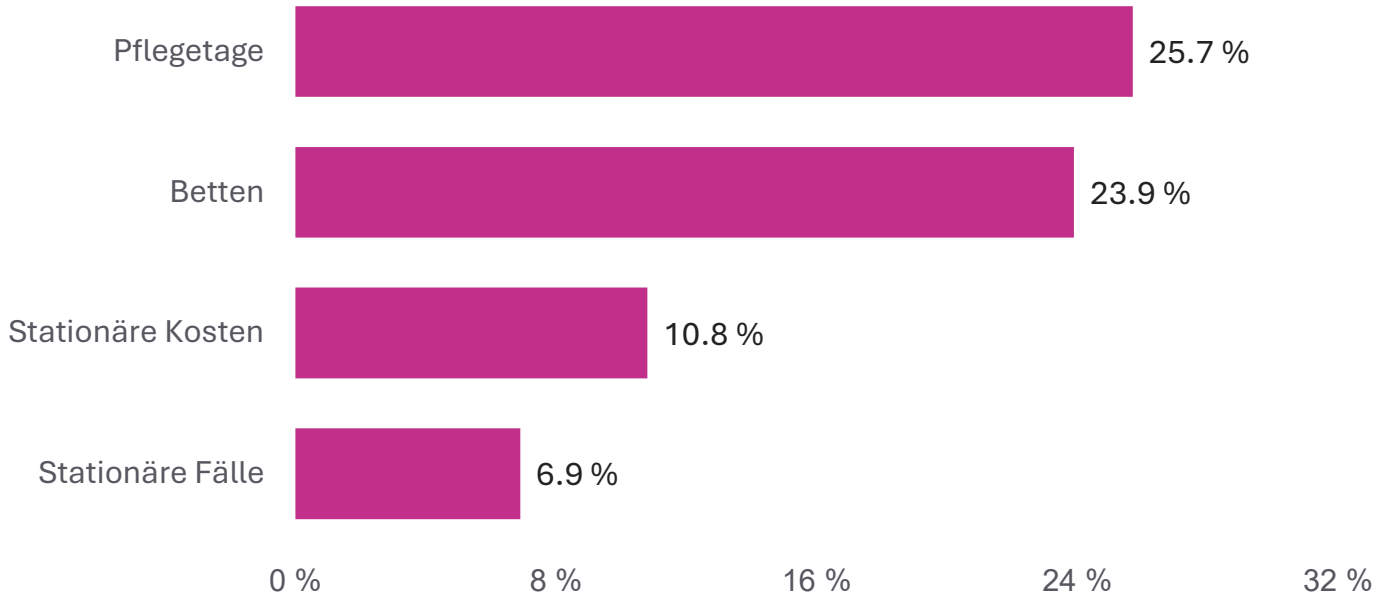
Quellen: valens.ch, Standorte und Projekt Rehaklinik Triemli Zürich; Stadt Zürich, Medienmitteilung Baustart Rehaklinik Triemli, Juni 2026; Geschäftszahlen Klinikgruppe Valens 2025 (Berichterstattung Fachpresse, Sekundärquelle).

Systemrelevanz: 5 Sichtebenen

1. Versorgungssicht Was das System braucht und was ihm heute fehlt.
2. Patientensicht Gezielte Rehabilitation zum richtigen Zeitpunkt.
3. Zuweisersicht Was brauchen die Zuweiser?
4. Finanzielle Sicht Was spart die Reha an Kosten im System?
5. Wie weiter? What to work on?

Klein in den Fällen, gross in der Zeit

Anteil der Rehabilitation an der stationären Versorgung, 2023



- 94'975 stationäre Reha-Austritte, 2'300'540 Pflegetage
- 6'969 Betten, Auslastung 90,8 Prozent
- Mittlere Aufenthaltsdauer 24,2 Tage gegenüber 5,2 Tagen in der Akutsomatik
- Je Behandlungsfall kommen auf einen Akutspital-Tag fast fünf Reha-Tage
- Stationäre Reha-Kosten CHF 2,06 Mrd.

Die Rehabilitation erbringt ein Viertel der stationären Pflegetage für ein Zehntel der stationären Kosten.

Quelle: BFS/BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2023, Tabelle 7B. Eigene Berechnung; Bezugsgrösse ist Akutsomatik plus Rehabilitation, ohne Psychiatrie.

Was die Rehabilitation dem System spart

CHF 284'000

kostet der Pflegeheimaufenthalt, den eine Rehabilitation vermeidet

- CHF 362.52 pro Pflegetag (2024)
- Mittlere Aufenthaltsdauer 784 Tage
- Geriatrische Rehabilitation senkt Pflegeheimeintritte: RR 0,86, NNTB 100, bei Austritt RR 0,64

CHF 1.73

Nutzen je eingesetztem CHF 1.00 in der spezialisierten Rehabilitation

NNTB 12

Zwölf kardiale Rehabilitationen verhindern eine Hospitalisation

5,5 Tage

kürzerer Akutspitalaufenthalt bei begleitetem Frühaustritt nach Schlaganfall

Die Langzeitpflege ist laut KOF der Haupttreiber der Gesundheitsausgaben. Jeder vermiedene Heimeintritt entlastet genau den Block, der am schnellsten wächst.

Quellen: CURAVIVA/ARTISET, Faktenblatt Pflegefinanzierung in der Schweiz 2025 (Daten 2024); KOF ETH Zürich, Prognose der Gesundheitsausgaben, Studien Nr. 185, 18.11.2025; Wong et al., BMC Medicine 2024; Bachmann et al., BMJ 2010; BSS/SW!SS REHA 2025 (Return on Investment, mittleres Szenario 2050); Cochrane CD001800 (2021); Cochrane CD000443 (2017).

Zwei Systemwechsel stehen an

ST Reha 4.0

Anwendungsjahr 2027, Genehmigung des Bundesrats ausstehend

- Neu steuert ein Patient Severity Level von 100 bis 200 die Vergütung mit, ergänzend zu den Therapieminuten
- Komplexe, überwachungspflichtige Fälle werden erstmals systematisch höher bewertet
- Das ist genau das Kollektiv der spitalnahen Rehabilitation

EFAS

ambulant und stationär ab 2028, Pflege ab 2032

- Der Kantonsanteil sinkt von mindestens 55 auf mindestens 26,9 Prozent der Nettokosten
- Der Hauptzahler der stationären Rehabilitation wechselt vom Kanton zum Versicherer
- Aufenthaltsdauer, Indikationsqualität und Austrittsqualität werden zu Führungsgrössen

ST Reha 4.0 belohnt nachweisbare Komplexität, EFAS motiviert den Ausbau der ambulanten Angebote, auch spitalnah.

Quellen: SwissDRG AG, ST Reha, Systempräsentation Version 4.0 vom 12.11.2025, und RCG-Katalog, genehmigte Version vom 13.03.2026; BAG, KVG-Änderung Einheitliche Finanzierung der Leistungen (Volksabstimmung vom 24.11.2024, Annahme mit 53,31 Prozent). Das BAG nennt die Jahre 2028 und 2032, kein Tagesdatum.

Systemrelevanz: 5 Sichtebenen

1. Versorgungssicht Was das System braucht und was ihm heute fehlt.
2. Patientensicht Gezielte Rehabilitation zum richtigen Zeitpunkt.
3. Zuweisersicht Was brauchen die Zuweiser?
4. Finanzielle Sicht Was spart die Reha an Kosten im System?
5. Wie weiter? What to work on?

To work on

Kapazität	Die Bettenkapazitäten in der spitalnahen Reha müssen in Anbetracht des wachsenden Badarfs gesteigert werden.
Personal	Überwachungspflichtige Rehabilitation braucht IMC-Kompetenz am Bett. Der Skillmix des Personals sowie der Personalschlüssel v.a. in der Pflege liegt in der spitalnahen Rehabilitation deutlich über jenem der bisherigen Rehastationen.
Kodierung	Ab 2027 entscheidet die Diagnosedokumentation in Folge von STReha 4.0 über den Ertrag. Die erhöhte Komplexität der Patientinnen und Patienten in der spitalnahen Reha muss erfasst werden.
Verhandlung	Die spitalnahe Rehabilitation entlastet die Akutsomatik. Der höhere Skillmix des Personals sowie der erhöhte Personalschlüssel müssen sich in den Reha-Tarifen widerspiegeln. Neue Versorgungsangebote brauchen neue Finanzierungsmodelle.
Angebot	• Die Schnittstellen zwischen der Reha und Akutsomatik bzw. Langzeitpflege und das aktuelle Patientengut legen die Frage nahe, in wieweit die spitalnahe Rehabilitation durch Übergangsangebote ergänzt werden soll. • Tages-Reha? • Die Reha ist heute Partner der Sekundärprävention. Kann die Reha zum Anbieter von Primärrehabilitation werden ?



Spitalnahe Rehabilitation-Fallbeispiele

Christian Schlücke, Leiter Therapien

Patient Journey - Fallbeispiel 1

Patientenprofil

72-jähriger männlicher Patient

Hauptdiagnose (22.07.2026):

Progressiver ischämischer Hirninfarkt ponto-medullär sowie zerebellär links

Akutbehandlung (HOCH)

- Dauer: 6 Wochen | Intensivstation im HOCH

Spitalnahe Rehabilitation (Rehaklinik St. Gallen)

- Dauer: 7 Wochen (Früh- und Überwachungsreha)

Weiterverlegung Spitalferne Reha

- Ab 13. Oktober 2026 Weiterverlegung nach Stabilisierung in der Rehaklinik St. Gallen in die Rehaklinik Valens Spitalfern

Intensivstation (IPS) im HOCH

Medizinische Versorgung

- Lückenlose 24/7 Überwachung aller Vitalparameter
- Kontinuierlicher Einsatz des Beatmungsgerätes
- Sofortiger medizinische Intervention bei kritischen Veränderungen

Therapie & Mobilisation

- Frühmobilisation durch Pflegedienst & involvierte Therapeuten
- Engmaschiges Weaning (Entwöhnung vom Beatmungsgerät)
- Interdisziplinäre Visiten (Ärzte, Pflege, Physiotherapie)

Koordination & Angehörige

- Wöchentliche interdisziplinäre Reha-Visiten durch Rehaklinik St. Gallen auf der IPS im HOCH
- Strukturierte, regelmässige Gespräche mit dem IPS-Team vom HOCH
- Austausch mit den Angehörigen, wenn vor Ort und Aufklärung zum Rehabilitationsverlauf
- Schneller Informationsfluss zur Rehakoordinatorin KLV
- Frühzeitige Planung des Übergangs in die spitalnahe Reha

Spitalnahe Früh- & Überwachungsreha

Medizinische Sicherheit

- Frührehabilitation mit direktem Zugriff auf Akutmedizin
- Fortführung der engmaschigen medizinischen Stabilisierung
- Schnelle Reaktionsmöglichkeit bei potenziellen Rückfällen (Relapse)

Therapieschwerpunkte

- Intensives Frühreha-Fokusprogramm (Physio-, Ergo-, Logopädie)
- Interprofessionelles Trachealkanülenmanagement
- Fiberendoskopische Schluckuntersuchung (FEES) durch Logopädie
- Frühzeitige Mobilisation in den Sitz- und Stand (Stehliege)

Koordination & Etappenziele

- Tägliche interprofessionelle Frühreha-Visite
- Prozesssteuerung durch ein interprofessionelles Team (Medizin, ET, PT, SB, EB, NP)
- Festlegung realistischer Etappenziele (Patientencoach, Pflege, Medizin)
- Nach Stabilisierung, Interne Planung und Koordination der Spitalfernen Rehabilitation durch Chefärzte, Pflegedienst und Patientencoach
- Einholen/Verlängerung Kostengutsprache –Organisation Übertritt in Spitalferne Reha
- Schneller Informationsfluss über internes Kis

Spitalferne Rehabilitation & Nachsorge

Medizin & Therapieschwerpunkt

- Weiterverlegung in die spezialisierte spitalferne Rehabilitation nach Valens
- Intensives Fokusprogramm durch Physio-, Ergo- und Logopädie
- Fortlaufendes, professionelles Trachealkanülenmanagement
- Interprofessionell koordinierte Dekanülisierung & Start Kostaufbau

Ziele & Nachsorge

- Prozesssteuerung durch das interprofessionelle Team vor Ort
- Erarbeitung realistischer Etappenziele (Patientencoach, Medizin, Pflege)
- Vorbereitende Anbindung an ein Pflegeheim oder eine ähnliche Organisation
- Sicherung der Langzeit-Nachsorge durch Domizilbehandlung aller Fachbereiche

Patient Journey - Fallbeispiel 2

Patientinnenprofil

30-jährige weibliche Patientin

Hauptdiagnose (15.09.2026):
Traumatische Berstungsfraktur LWK 3 mit Verlagerung in den Spinalkanal

Ursache: Gleitschirm-Absturz aus 5 Meter Höhe

1. Akutbehandlung (HOCH)

Dauer: 2 Wochen | Erstversorgung, Stabilisierung & Diagnostik

2. Spitalnahe Rehabilitation (Rehaklinik St. Gallen)

Dauer: 3 Wochen (ST Reha) | Intensivtraining, MTT, Alltagsfunktionen

3. Organisation Ambulante Rehabilitation am Standort

20 Tage ambulante Therapie nach TarReha unter dem Fokus Bewegung & Kraft

Akutbehandlung & medizinische Stabilisierung

Medizinischer Fokus

- Erstversorgung & Stabilisierung vitaler Funktionen nach Akutereignis
- Engmaschige Überwachung und Diagnostik im HOCH
- Einleitung der medikamentösen und operativen Akuttherapie

Therapieansätze Frühreha

- Erste vorsichtige Mobilisation der Patientin
- Enge interdisziplinäre Absprachen mit Reha-Spezialisten von Valens
- Erfassung des Reha-Potenzials für den nahtlosen Übergang

Austrittsmanagement

- Frühzeitige administrative Anmeldung bei Versicherung
- Einholen der Kostengutsprache für die Spitalnahereha (engmaschige Betreuung zum HOCH)
- Austausch zwischen HOCH und Rehakoordinatorin zum Übertritt

Stationäre Rehabilitation in unmittelbarer Spitalnähe

Klinischer Rahmen

- Stationäre Aufnahme in der Rehaklinik St. Gallen
- Eintrittsgespräche mit Patientencoach und Medizin
- Erstellen des individuellen Therapieprogramms
- Maximaler Schutz durch direkte räumliche Nähe & Kooperation mit HOCH

Therapieschwerpunkt

- Massgeschneidertes interprofessionelles Programm
- Tägliche intensive Einheiten zur Alltagsfunktions-Wiedererlangung
- Nutzung modernster MTT-Trainingsflächen
- Einsatz von LiteGait zur kontrollierten Gewichtsentlastung

Koordination & Ziele

- Interprofessionelles Team steuert den gesamten Prozess
- Festlegung realistischer Etappenziele in wöchentlicher Rehavisite
- Sozialdienst bereitet gezielt mit der Unterstützung durch den Patientencoach die Rückkehr nach Hause vor
- Frühzeitiges Einholen der Kostengutsprache für ambulante Weiterbetreuung nach TarReha

Ambulante Rehabilitation & Alltagstransfer

Alltagstransfer

- Sichere Rückkehr in das gewohnte häusliche Umfeld
- Fortsetzung der hochstehenden ambulanten TarReha direkt vor Ort
- Erprobung & Festigung erlernter Fähigkeiten unter realen Bedingungen
- Strukturierte Therapieplanung zur Entlastung des familiären Umfelds

Integriertes Angebot

- Nahtlose Weiterführung der interprofessionellen Betreuung
- Bündelung: Ärztliche Sprechstunde, Sozialberatung, MTT, Physio & Ergo
- Fokusprogramm 'Bewegung und Kraft' mit 150 Therapieminuten pro Tag
- Direkte Abstimmung aller Interventionen auf Patientinnen-Defizite

Langfristige Nachsorge

- Nachhaltige Sicherung des Erfolgs durch das Heimübungsprogramm (RehaCasa)
- Regelmässige ambulante ärztliche Kontrolle
- Fortsetzung der Ambulanten TarReha von Fokus Bewegung und Kraft zum Fokus Arbeitsintegration
- Aktive Einbeziehung der Sozialberatung zur beruflichen Reintegration

Vielen Dank.

Spitalnahe Rehabilitation ist keine Anschlussleistung.
Sie ist der Teil der Akutversorgung, der die Funktion zurückbringt.

Dr. med. Danuta Zemp, EMBA HSG, MPH
Klinikdirektorin Rehakliniken St.Gallen und Walzenhausen
Danuta.Zemp@kliniken-valens.ch

ANHANG

Quellen und Datengrundlagen (1 von 2)

Versorgung und Statistik

- BFS/BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2023, Tabelle 7B
- BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG im Auftrag von SW!SS REHA, Spezialisierte Rehabilitation in der Schweiz, Branchenstudie, September 2025 (Datenjahr 2022)
- Fachstelle für Statistik Kanton St.Gallen, Aufenthaltsdauer nach Spitalbereichen, 26.11.2024
- BAG, Forschungsbericht Akut- und Übergangspflege, Schlussbericht vom 06.12.2022

Demografie und Personal

- Obsan Bericht 03/2022, Bedarf an Alters- und Langzeitpflege, Prognosen bis 2040
- Obsan Bericht 09/2025, Aktualisierung der Bedarfsprognosen bis 2040 mit Blick bis 2050
- Obsan Bericht 05/2026, Nachwuchsbedarf und -angebot an Pflege- und Betreuungspersonal
- BFS, Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2025 bis 2055

Evidenz Rehabilitation

- Langhorne P, Ramachandra S, Cochrane Database Syst Rev 2020, CD000197
- Wong EKC et al., BMC Medicine 2024;22:551
- Bachmann S et al., BMJ 2010;340:c1718
- Dibben G et al., Cochrane Database Syst Rev 2021, CD001800
- Puhan MA et al., Cochrane Database Syst Rev 2016, CD005305
- Langhorne P, Baylan S, Cochrane Database Syst Rev 2017, CD000443

Timing, Zugang, Schnittstelle

- Otokita S et al., J Rehabil Med 2021;53:jrm00145
- Salter K et al., J Rehabil Med 2006;38:113-117
- AVERT, Health Technol Assess 2017;21(54); TEAM Investigators, N Engl J Med 2022;387:1747-1758
- Khan U et al., JACC Advances 2026 (US-Medicare, n = 501'049)
- Hermann M et al., Eur J Prev Cardiol 2019;26:138-144 (AMIS Plus)
- Alqenae FA et al., Drug Safety 2020;43:517-537

ANHANG

Quellen und Datengrundlagen (2 von 2)

Qualität und Patientensicht

- ANQ, Patientenzufriedenheit Rehabilitation, Nationaler Vergleichsbericht 2024
- ANQ, Ungeplante Rehospitalisationen 2023
- Kalra L et al., BMJ 2004;328:1099
- WHO, Rehabilitation, Fact sheet, 22.04.2024; Cieza A et al., Lancet 2020;396:2006-2017

Zuweiser und Partner

- HOCH Health Ostschweiz, Geschäftsbericht 2025
- BAG, Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler, Datenjahr 2023
- Hirslanden, Kennzahlen Klinik Stephanshorn, Geschäftsjahr 2025/26, und Medienmitteilung vom 27.03.2025
- Kanton Zürich, Bericht über die Umsetzung der Eigentümerstrategie KSW 2025
- Medienmitteilung Kantonsspital Winterthur und Kliniken Valens, 12.03.2024
- valens.ch, Standorte, Fachbereiche und Projekt Rehaklinik Triemli Zürich

Tarif und Finanzierung

- KOF Konjunkturforschungsstelle ETH Zürich, Anderes M, Gersbach H, Prognose der Gesundheitsausgaben, KOF Studien Nr. 185, 18.11.2025
- SwissDRG AG, ST Reha, Systempräsentation Version 4.0 vom 12.11.2025, RCG-Katalog vom 13.03.2026
- Verein SpitalBenchmark, Benchmarkbericht 2025, Geschäftsjahr 2024
- Kanton Zürich und Kanton St.Gallen, Verfügungen Referenztarife 2026
- PwC Spitalstudie 2026; H+ Medienmitteilung vom 11.09.2026
- BAG, KVG-Änderung Einheitliche Finanzierung der Leistungen (EFAS)
- CURAVIVA/ARTISET, Faktenblatt Pflegefinanzierung in der Schweiz 2025

Planungsrecht

- Regierungsbeschluss über die Spitalliste Rehabilitation, sGS 331.43 (Kanton St.Gallen)
- Planungsbericht Spitalplanung Rehabilitation ARAISG 2023/2024
- Kanton Zürich, Zürcher Spitalliste 2023 Rehabilitation, Version 2026.1

Dr. med. Danuta Zemp, EMBA HSG, MPH · Klinikdirektorin Rehakliniken St.Gallen und Walzenhausen · Klinikgruppe Valens

BACKUP

Für die Diskussion (1 von 2)

Warum 25,7 und 13 Prozent beide stimmen

- 25,7 Prozent: Anteil der gesamten Rehabilitation an den Pflegetagen von Akutsomatik und Rehabilitation, BFS/BAG 2023
- 13 Prozent: Anteil der spezialisierten Rehabilitation an allen Pflegetagen aller Spitäler inklusive Psychiatrie, BSS 2025
- Unterschiedlicher Zähler und unterschiedlicher Nenner, beide Werte sind korrekt
- Analog die Fallzahlen: 94'975 sind alle Reha-Austritte nach BFS, rund 39'000 nur die spezialisierte Rehabilitation nach BSS

Warum AVERT kein Argument gegen Rehabilitation ist

- AVERT randomisierte sehr frühe, hochdosierte Mobilisation unter 24 Stunden gegen die übliche Versorgung
- Nicht die Rehabilitation war unterlegen, sondern die Dosis und der Zeitpunkt
- Die Dosis-Wirkungs-Analyse zeigt: höhere Frequenz verbessert, längere Einzeldauer verschlechtert das Ergebnis

Warum CHF 828, 803 und 762 auseinanderliegen

- CHF 828: von der SwissDRG AG kalkulierte mittlere Tageskosten, Datenjahr 2024
- CHF 803: Mittelwert im Benchmark des Vereins SpitalBenchmark, Geschäftsjahr 2024, n = 64
- CHF 762: Median derselben Erhebung, finanzielle Sicht nach VKL

Warum die Distanzstudie aus den USA stammt

- Für die Schweiz existiert keine publizierte Untersuchung zum Zusammenhang von Distanz und Reha-Teilnahme
- Die US-Daten belegen den Mechanismus, nicht die Schweizer Grössenordnung
- Die belastbare Schweizer Zahl ist die Zuweisungsrate von 57,2 Prozent aus dem AMIS-Plus-Register

Diese Folien werden nicht vorgetragen. Sie stehen für Rückfragen aus dem Publikum bereit.

BACKUP

Für die Diskussion (2 von 2)

ST Reha: Versionen und Anwendungsjahre

- ST Reha 1.0: Anwendungsjahre 2022 und 2023
- ST Reha 2.0: Anwendungsjahr 2024
- ST Reha 3.0: Anwendungsjahre 2025 und 2026
- ST Reha 4.0: Anwendungsjahr 2027, Genehmigung durch den Bundesrat ausstehend

Patient Severity Level in Kürze

- Index der geschätzten Komplexität einer Behandlungsepisode, Wertebereich 100 bis 200
- Sechs Schweregradstufen, von nicht erhöht bis extrem stark erhöht ab einem Wert von 150
- Zuordnungskriterium innerhalb der Rehabilitations-Kostengruppen, zum Beispiel TR13A ab einem PSL von 155

EFAS: Kostenteiler und Zeitplan

- Heute: Kanton mindestens 55 Prozent, Versicherer höchstens 45 Prozent, Artikel 49a KVG
- Ab 2028: Kantone mindestens 26,9 Prozent, Prämien höchstens 73,1 Prozent der Nettokosten
- Ab 2032 zusätzlich die Pflegeleistungen; der Kantonsbeitrag fliesst neu über die Versicherer

Fehlbelegung: Methodik der Erhebung

- Befragung der Akutspitäler im Rahmen des BAG-Forschungsberichts Akut- und Übergangspflege, 06.12.2022
- Selbstdeklaration der Spitäler, keine Fallprüfung durch Dritte
- Mittelwerte über die antwortenden Spitäler: 42 Prozent Übergangslösung vor der Rückkehr nach Hause, 26 Prozent Langzeitpflege, 21 Prozent Reha-Eintritt, 11 Prozent andere Gründe

Diese Folien werden nicht vorgetragen. Quellen: SwissDRG AG, Definitionshandbuch ST Reha 4.0, Planungsversion 2026/2027; BAG, EFAS; BAG, Forschungsbericht Akut- und Übergangspflege vom 06.12.2022; Verein SpitalBenchmark, Benchmarkbericht 2025.