

Politische Handlungsempfehlungen und “Best Practice” Beispiele zur Stärkung der Rehabilitation in der Schweiz

WHA Resolution “Action Area”	Originaltext WHA Resolution	Politische Handlungsempfehlungen	“Best Practice” Beispiele
1. Bewusstsein schaffen und nationales Engagement fördern	Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, das Bewusstsein für Rehabilitation – einschliesslich Hilfsmittel – zu stärken und ein nationales Engagement aufzubauen. Die Planung der Rehabilitation soll verbessert und, wo angezeigt, in nationale Gesundheitspläne und -politiken integriert werden. Gleichzeitig soll die interministerielle und intersektorale Zusammenarbeit sowie die wirksame Beteiligung von Nutzerinnen und Nutzern der Rehabilitation gefördert werden, insbesondere von Menschen mit Behinderungen, älteren Menschen, Personen mit Langzeitpflegebedarf, Mitgliedern der Gemeinschaft sowie gemeindebasierten und zivilgesellschaftlichen Organisationen in allen Phasen der Planung und Umsetzung.	1) Gründung einer nationalen Schweizer Rehabilitationsvereinigung, um wichtige Stakeholder zu vereinen, welche sich für die Stärkung der Rehabilitation als zentrale Gesundheitsleistung innerhalb der nationalen Gesundheitsprioritäten der Schweiz einsetzen. Zu diesen Stakeholdern gehören politische Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen, Gesundheitsfachpersonen, Berufsverbände im Bereich der Rehabilitation, Kranken- und Sozialversicherungen, Patientinnen und Patienten, Interessenverbände und akademische Partnerinstitutionen. Die Vereinigung soll ein gemeinsames Verständnis der Definition, des Leistungsumfangs und des Nutzens der Rehabilitation fördern, insbesondere ihre Rolle für die Teilhabe, die Verbesserung der Funktionsfähigkeit und die Unterstützung gesunden Alterns. Ein wichtiges Ziel der Vereinigung sollte die Lancierung einer inklusiven, mehrsprachigen nationalen Kampagne zur Stärkung der Rehabilitation für die breite Öffentlichkeit sein. 2) Etablierung einer Koordinationsstelle für Rehabilitation innerhalb der nationalen Gesundheitsbehörden der Schweiz. Das übergeordnete Ziel dieser Koordinationsstelle ist die Stärkung der Rehabilitation im Schweizer Gesundheitssystem. Sie dient als zentrale Informationsstelle, koordiniert die Bemühungen und unterstützt die Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationsstrategien. Sie sollte beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) und/oder bei der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) angesiedelt sein. Um die Integration der Rehabilitationspolitik und -finanzierung in den Gesundheits- und Sozialsystemen sicherzustellen, sollten sich auch Behörden wie das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), das Bundesamt für Statistik (BFS), das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), die kantonalen Invalidenversicherungsstellen (IV) und die Invalidenversicherungsstellen der Kantone (IVSK) beteiligen können. Darüber hinaus fungiert die Koordinationsstelle für Rehabilitation als Kontaktstelle zur WHO.	- Auf globaler Ebene gibt es die World Rehabilitation Alliance (WRA), ein Netzwerk von Akteurinnen und Akteuren, das sich für die Umsetzung des „Rehabilitation 2030 Call for Action“ einsetzt. (1) - Ebenfalls auf globaler Ebene existiert „Learning, Acting and Building for Rehabilitation in Health Systems“ (ReLAB-HS), das insbesondere für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen (LMICs) Leitfäden und Forschungsergebnisse bereitstellt. (2) - In der Schweiz gibt es weder eine Allianz noch eine Koordinationsstelle für Rehabilitation. - Während der COVID-19-Pandemie zeigte die Swiss National COVID-19 Science Task Force den Nutzen einer koordinierten wissenschaftlichen Beratung für politische Entscheidungen und unterstrich den Wert ähnlicher Strukturen für das Schweizer Gesundheitssystem. (3)

2. Finanzierungsmechanismen stärken	Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, geeignete Wege zur Stärkung der Finanzierungsmechanismen für Rehabilitationsleistungen und zur Bereitstellung technischer Unterstützung zu entwickeln, einschliesslich der Integration der Rehabilitation in Pakete der essentiellen Versorgung, wo erforderlich.	3) Überprüfung der Tarfsysteme der Krankenversicherung, um faire, zugängliche und nachhaltige Rehabilitationsleistungen zu gewährleisten, die sich an den sich wandelnden Bedürfnissen der Bevölkerung orientieren. Dazu gehört auch die Beseitigung potenzieller finanzieller Hindernisse für den Bezug von Gesundheitsleistungen. Dies betrifft insbesondere direkte Gesundheitsausgaben wie Franchise und Selbstbehalt. Die Bemühungen sollten die umfassende Versorgung im stationären Bereich erhalten und ausbauen, diese auf den ambulanten Bereich ausweiten und die Verbindung zwischen der Finanzierung von Gesundheits- und Sozialleistungen stärken. Ebenfalls sollten unterstützende Finanzierungsmechanismen für die koordinierte Versorgung und den gesamten Behandlungsverlauf sichergestellt werden. 4) Förderung der Rehabilitation als hochwertige und kosteneffiziente Investition in das Gesundheitssystem. Dies kann durch die Einführung innovativer Rehabilitationsmodelle wie Telerehabilitation, domizilbasierte Rehabilitation und koordinierten Versorgungsansätzen erreicht werden, bei denen die Festlegung von Zielen und das Case Management im Vordergrund stehen, um die Effizienz zu verbessern. Es sollten weitere Studien zur Kapitalrendite (Return on Investment) durchgeführt werden, um das Preis-Leistungs-Verhältnis verschiedener Rehabilitationsmodelle zu bewerten. Diese Bewertungen sollten sowohl klinische als auch gesellschaftliche Ergebnisse berücksichtigen, wie z. B. verbesserte Teilhabe, geringere Belastung und Rückkehr an den Arbeitsplatz, um den ganzheitlichen Wert der Rehabilitationsleistungen zu erfassen. 5) Orientierung der Investitionen in die Rehabilitation an regionalen und kantonalen Prognosen zu den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung. Diese Angleichung sollte auf standardisierten Indikatoren und Bedarfsanalysen basieren.	- Das neue einheitliche Finanzierungssystem für ambulante und stationäre Leistungen (EFAS) bietet eine gute Gelegenheit, Lücken in der Gesundheitsfinanzierung in der Schweiz zu identifizieren und zu schliessen (4). - Studien zu Gesundheitsergebnissen innovativer Modelle wie der hybriden kardialen Telerehabilitation am Inselspital Bern (5) dienen als Grundlage für die Bewertung von Kosteneffizienz und Return-on-Investment. - Für eine nachhaltige Finanzierungsstrategie müssen detaillierte Bedarfsanalysen entwickelt werden, wie dies der Kanton Luzern und die gemeinsame Gesundheitsregion Basel zeigen. (6,7)
3. Ausweitung auf alle Ebenen des Gesundheitssystems	Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, Rehabilitation auf alle Ebenen der Gesundheitsversorgung – von der Primär- bis zur Tertiärversorgung – auszuweiten und die Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit qualitativ hochwertiger und zeitgerechter Rehabilitationsleistungen sicherzustellen. Diese sollen für Menschen mit Behinderungen zugänglich und nutzbar sein. Zudem	6) Sicherstellung von der Verfügbarkeit von Rehabilitationsleistungen auf allen Versorgungsebenen durch Stärkung der Primärversorgung. Dies soll die Verfügbarkeit von Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten, Pflegepersonal und Angehörigen verwandter Gesundheitsberufe, sowie die Ausweitung der Leistungen auf die Gemeindeebene (z. B. Telerehabilitation und mobile Teams) und das Sozialsystem einschliessen. Ebenfalls soll die Rolle der Rehabilitation in der Sekundär- und Tertiärprävention sowie im Management chronischer Erkrankungen hervorgehoben werden, um die Langzeitergebnisse zu verbessern und die Belastung des Gesundheitssystems zu verringern. Dies kann durch die Integration der Rehabilitation in laufende kantonale Initiativen und durch eine bessere regionale Abstimmung unterstützt werden. 7) Priorisierung von erschwinglichen, hochwertigen und zugänglichen Rehabilitationsleistungen in allen Regionen mit einem Fokus auf gesundheitliche Chancengleichheit. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei vulnerablen Gruppen wie älteren Menschen (ab 65 Jahren), Personen mit Behinderungen oder chronischen	- Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bezeichnet die Grundversorgung als tragende Säule des Gesundheitssystems und hat eine Agenda für die Grundversorgung entwickelt, um allen Menschen in allen Regionen der Schweiz den Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung zu ermöglichen. Diese Agenda umfasst auch die Bereiche Prävention, kurative Versorgung, Rehabilitation und Palliative Care. (8)

	sollen gemeindebasierte Rehabilitationsstrategien entwickelt werden, um Rehabilitation auch in unterversorgte ländliche, abgelegene und schwer erreichbare Gebiete zu bringen.	Erkrankungen, Arbeitslosen oder Pflegepersonen, Menschen in ländlichen oder abgelegenen Gebieten sowie Menschen mit Migrationshintergrund. Ein gleichberechtigter Zugang zu spezialisierter Rehabilitationsversorgung muss unabhängig von Wohnort, Einkommen, Versicherungsstatus, Kultur, Sprache oder anderen potenziellen Hindernissen gewährleistet werden, auch durch die Abstimmung entsprechender kantonaler und regionaler Initiativen.	
4. Integrierte und koordinierte Interventionen sicherstellen	Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, entlang der gesamten Versorgungskette integrierte und koordinierte, qualitativ hochwertige, erschwingliche, zugängliche, geschlechtersensible, angemessene und evidenzbasierte Rehabilitationsleistungen sicherzustellen, einschliesslich der Stärkung von Überweisungssystemen sowie der Anpassung, Bereitstellung und Wartung assistiver Technologien im Zusammenhang mit Rehabilitation – auch nach Abschluss der Rehabilitation – und der Förderung inklusiver, barrierefreier Umgebungen.	8) Schaffung von Massnahmen und Rahmenbedingungen zur Koordination zwischen stationären, ambulanten und gemeindebasierten (community-based) Rehabilitationsleistungen über die gesamte Versorgungskette. Diese sollten Qualitätsstandards und interoperable digitale Systeme umfassen, um die Kommunikation und Koordinierung zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen zu erleichtern. Darüber hinaus sollten Übergänge im Versorgungsmanagement (z. B. vom Krankenhaus nach Hause, von der stationären zur ambulanten Versorgung) und berufliche Integrationsleistungen berücksichtigt werden, um Versorgungslücken zu vermeiden. 9) Investition in starke Unterstützungsmechanismen zur Gewährleistung einer hochwertigen Rehabilitationsversorgung, aufbauend auf der Arbeit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) und verwandten Initiativen wie dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Diese Mechanismen können Schulungsprogramme, Auditsysteme und Instrumente für Patientenzufriedenheit umfassen. Qualitätsindikatoren sollten rehabilitationspezifisch sein und patientenzentrierte Ergebnisse widerspiegeln, einschliesslich der Operationalisierung und Messung von Partizipationszielen.	- Gut etablierte Qualitätsmassnahmen wie die ANQ (9) oder die Qualitätskriterien für die Rehabilitation von SWISS REHA (10) sind notwendig, um einen hohen Standard der Rehabilitations- und Gesundheitsleistungen sicherzustellen. - Projekte wie ParaWork (11) oder ParaWG (12) des Schweizer Paraplegiker-Zentrums zeigen die Bedeutung der Betrachtung des gesamten Versorgungskontinuums sowie der (Wieder-)Integration in Arbeits- und soziale Umfelder.
5. Multidisziplinäre Kompetenzen in der Rehabilitation entwickeln	Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, starke multidisziplinäre Kompetenzen in der Rehabilitation zu entwickeln, die dem jeweiligen Landeskontext entsprechen. Dies umfasst alle relevanten Gesundheitsfachpersonen, die Stärkung der	10) Integration der Rehabilitation in das Curriculum aller Gesundheitsberufe, von der Grundausbildung bis zur Fachausbildung und Weiterbildung. Dies sollte grundlegende Kenntnisse für alle Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie fortgeschrittene Kompetenzen für diejenigen umfassen, die direkt in der Rehabilitation tätig sind. Der Schwerpunkt soll auf eine multidisziplinäre und berufsübergreifende Ausbildung im Bereich Rehabilitation gelegt werden, insbesondere für Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, die häufig als wichtiger Zugangspunkt zum Rehabilitationssystem fungieren. Verbesserung der Effektivität multidisziplinärer Rehabilitationsteams durch die Stärkung der Case Management- und Koordinationskompetenzen, um die Kontinuität der Versorgung und eine effektive Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen	- Angesichts der erwarteten Veränderungen im Gesundheitswesen hin zu stärker integrierter Versorgung, individualisierter Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten sowie einer alternden Bevölkerung gehen der Kanton Bern und die Berner Fachhochschule davon aus, dass das Gesundheitssystem

	Kapazitäten zur Analyse und Prognose von Personalengpässen sowie die Förderung der Entwicklung von Aus- und Weiterbildungsprogrammen für Fachkräfte in der Rehabilitation.	sicherzustellen. Diese Bildungskomponenten sollten durch die Zusammenarbeit mit akademischen Einrichtungen und Berufsverbänden strukturell verankert werden. 11) Behebung des Personalmangels durch Sicherstellung einer ausreichenden Zahl ausgebildeter Fachkräfte in allen Rehabilitationsbereichen, unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung und der Zunahme chronischer Erkrankungen. Unterstützung der Entwicklung nationaler Instrumente zur Überwachung und Prognose des Personalbedarfs für eine evidenzbasierte Planung und Erwägung der Einführung von Anreizprogrammen (z. B. Stipendien, Arbeitsvermittlung und berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten), um Rehabilitationsfachkräfte insbesondere in unterversorgten Gebieten anzuwerben und zu halten. Darüber hinaus Unterstützung der Akkreditierung und Weiterbildung im Ausland ausgebildeter Fachkräfte, um das Personal im Rehabilitationsbereich zu stärken. 12) Erhöhung der Berufsverweildauer und Verbesserung der Arbeitsbedingungen, um eine stabile, gesunde und qualifizierte Fachkräftebasis im Bereich der Rehabilitation zu erhalten. Dazu gehört die Entwicklung attraktiver, flexibler neuer Arbeitsmodelle, einschliesslich Optionen für Fachkräfte, die in den Beruf zurückkehren möchten. Die Beobachtung der Mitarbeitenden-Zufriedenheit und der Fluktuationsraten kann als Grundlage für kontinuierliche Verbesserungen dienen und eine nachhaltige Personalentwicklung unterstützen.	interdisziplinärer werden muss, was eine entsprechende Ausbildung erfordert. (13) - Die „Interprofessional Education Collaborative“ dient als gutes Beispiel für die Entwicklung von Curricula, um interprofessionelles Lernen als Vorbereitung auf die zukünftige Teamarbeit in der Patientenversorgung zu fördern. (14) - In der Schweiz gibt es Weiterbildungsangebote wie Zertifikate für interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, beispielsweise das CAS in Rehabilitation Management an der Universität Luzern. Fachhochschulen wie die ZHAW integrieren interprofessionelle Ausbildung in die Bachelor-Studiengänge der Gesundheitsberufe wie Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammenwesen sowie Gesundheitsprävention und -förderung. (15)
6. Informationssysteme und Datenerhebung verbessern	Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, Gesundheitssysteme zu verbessern, um für die Rehabilitation relevante Informationen zu erfassen, einschliesslich systembezogener Daten und Informationen zur Funktionsfähigkeit unter Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit,	13) Investitionen in Gesundheitssysteme zur Verbesserung der systematischen Erhebung, Weitergabe und Nutzung von Daten zur Rehabilitation, einschliesslich Informationen zur Funktionsfähigkeit. Funktionsfähigkeit, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) definiert ist, beschreibt die gelebte Gesundheitserfahrung eines Menschen. Sie bezieht sich auf die intrinsischen Gesundheitsfähigkeiten eines Menschen und seine tatsächliche Leistungsfähigkeit in realen Lebenskontexten, operationalisiert durch die Bereiche Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation in Wechselwirkung mit Kontextfaktoren. Dafür soll das Potenzial künstlicher Intelligenz zur Unterstützung der Datenerhebung, -analyse, Entscheidungsfindung und Verbesserung der Rehabilitationsleistungen untersucht werden. Dazu gehört auch die Gewährleistung einer kritischen, verantwortungsvollen und ethisch fundierten Nutzung künstlicher Intelligenz unter	- Das Luzerner Kinderspital arbeitet mit dem Center for Child Health Analytics (CCHA) zusammen, um die Behandlung und Gesundheit von Kindern durch die Analyse routinemässig erhobener Gesundheitsdaten zu verbessern. Daten zu erwachsenen Patientinnen und Patienten werden über Instrumente wie ANQ (9), das elektronische Patientendossier von eHealth Suisse (16) sowie staatliche Beschäftigungsdaten

	Behinderung und Gesundheit (ICF).	besonderer Berücksichtigung des Datenschutzes und der Privatsphäre. 14) Förderung der Anerkennung der Funktionsfähigkeit als dritter zentraler Gesundheitsindikator neben Morbidität und Mortalität, durch Bereitstellung von wissenschaftlichen Beweisen und Konsensbildung unter den Stakeholdern. Als wertvoller Indikator für die Gesundheit der Bevölkerung, sowie als zentraler Bestandteil für eine zuverlässige Kontrolle von Rehabilitationserfolgen, sollte die Funktionsfähigkeit in nationale Gesundheitsinformationssysteme und nationale Statistiken integriert werden. 15) Beseitigung digitaler Infrastrukturdefizite durch Gewährleistung der Datensicherheit und Förderung der Einführung des nationalen elektronischen Patientendossiers, das einheitlich und interoperabel eine Reihe von Kernindikatoren und -ergebnissen im Bereich der Rehabilitation erfasst. Um eine breite Einführung zu erleichtern, sollten erschwingliche Lösungen wie Open-Source-Plattformen oder Subventionen für kleine Anbieter unterstützt werden.	(17) erfasst und dienen als digitale Vernetzung im Gesundheitswesen. (16)
7. Rehabilitationsforschung fördern	Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, hochwertige Forschungsarbeiten zur Rehabilitation zu fördern, einschliesslich der Forschung zu Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemen.	16) Ausbau der hochwertigen Rehabilitationsforschung auf System, Versorgungserbringer- und klinischer Ebene, um die Wirksamkeit und Kosteneffizienz von Interventionen zu bewerten. Dazu gehören Implementierungsforschung zur Überbrückung der Lücke zwischen Evidenz und Praxis sowie die Entwicklung und Einführung standardisierter, patientenzentrierter Instrumente zur Verbesserung der Fallkoordination entlang der gesamten Versorgungskette und zur systematischen Dokumentation der Rehabilitationsergebnisse, einschliesslich individueller Ziele. Ebenfalls soll die Rehabilitationswissenschaft als akademischer Schwerpunkt etabliert werden, mit eigenen Professuren für Rehabilitationswissenschaften und einem Rehabilitationsfokus für verschiedene Fachdisziplinen wie Rehabilitationsmedizin, Physiotherapie, Ergotherapie usw. 17) Stärkung der wissenschaftlichen Grundlage für Rehabilitation mit einem Schwerpunkt auf die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Gesundheitspolitik, durch nationale Leitlinien, einen Fachbeirat und strukturierte Strategien zur Wissensumsetzung. Darüber hinaus sollten Gesundheitssysteme und Politikforschung unterstützt werden, um Entscheidungsprozesse zu informieren, unter anderem durch spezielle Finanzierungsmechanismen für die Forschung. 18) Förderung der nationalen Zusammenarbeit und Etablierung eines Netzwerks der Rehabilitationsforschung, darunter Kantone, Universitäten, Versicherungen und andere Stakeholder, um deren Reichweite und Wirkung zu erhöhen. Bündeln bestehender Initiativen im Bereich Rehabilitationswissenschaft und -management von Universitäten und Fachhochschulen im Rahmen ihrer multidisziplinären Programme. 19) Förderung der nationalen Zusammenarbeit und Etablierung eines Netzwerks der Rehabilitationsforschung, darunter Kantone, Universitäten, Versicherungen und	- Auf globaler Ebene fördert die WHO Alliance for Health Policy and Systems Research die Nutzung von Forschungsergebnissen zur Stärkung von Gesundheitssystemen und dient als Vorbild für den Ausbau der Rehabilitationsforschung und des Wissenstransfers. (18)

		andere Stakeholder, um deren Reichweite und Wirkung zu erhöhen. Bündeln bestehender Initiativen im Bereich Rehabilitationswissenschaft und -management von Universitäten und Fachhochschulen im Rahmen ihrer multidisziplinären Programme.	
8. Integration in die Notfallvorsorge und -reaktion	Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, die Rehabilitation zeitnah in die Notfallvorsorge und -reaktion zu integrieren, einschliesslich in die Teams für medizinische Notfälle.	20) Vollständige Integration der Rehabilitation in Notfallpläne und Vorsorgestrategien , mit Schwerpunkt auf digitale Instrumente für die Echtzeitkoordination während und nach Krisen. Um die Kontinuität der Versorgung während und nach Notfällen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu gewährleisten, sollte die Rehabilitation im Katastrophenschutz nicht ausser Acht gelassen werden. Rehabilitationsfachkräfte sollten in Schulungen, Simulationen und Notfallübungen einbezogen werden. Darüber hinaus sollte die Rehabilitation in langfristige Bewältigungsprozesse nach Krisen, Notfällen im Bereich der öffentlichen Gesundheit oder anderen Notfällen integriert werden.	
9. Investitionen in Hilfsmittel und assistive Technologien	Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, öffentliche und private Akteure zu Investitionen in die Entwicklung verfügbarer, erschwinglicher und nutzerfreundlicher assistiver Technologien zu bewegen und die Unterstützung von Implementierungsforschung und Innovation für eine effiziente Bereitstellung und einen gerechten Zugang zu fördern.	21) Verstärkung der Bemühungen um einen gleichberechtigten Zugang zu kostengünstigen Hilfsmitteln und Technologien sowie zu Umbaumassnahmen , um die Alltagsfunktionen und die Selbstständigkeit zu verbessern. Der Zugang sollte sich an den individuellen Bedürfnissen und nicht an der Diagnose orientieren, wobei der Schwerpunkt auf Bevölkerungsgruppen mit einem Risiko für Langzeitpflege und Menschen mit Behinderungen aller Altersgruppen liegen sollte. Der Zugang über Versicherungssysteme und Patientengruppen hinweg sollte beurteilt und verbessert werden, wobei Hindernisse in Bezug auf Anspruchsberechtigung und Kosten beseitigt werden sollten. Dies sollte ein breites Spektrum an Hilfsmitteln wie Mobilitätshilfen, Kommunikationsmittel und digitale Lösungen umfassen, um eine inklusive und umfassende Versorgung zu gewährleisten. Um eine wirksame und nachhaltige Nutzung sicherzustellen, müssen Schulungen und Versorgung angeboten werden. 22) Aufklären von Gesundheitsdienstleistern sowie Anwenderinnen und Anwendern über die Verfügbarkeit, Verwendung und Vorteile von Hilfsmitteln und Technologien . Beratung und Unterstützung sollten in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung angeboten werden, einschliesslich Krankenhäusern, der Primärversorgung und Langzeitpflegeeinrichtungen. Es ist sicherzustellen, dass Informationen über Hilfsmittel und Technologien für Patientinnen und Patienten, sowie Pflegekräfte leicht zugänglich sind, um eine informierte Nutzung zu unterstützen, die Akzeptanz zu erhöhen und die Selbstverwaltung und Unabhängigkeit zu fördern.	

Referenzen Best Practice Examples

1. World Health Organization. World Rehabilitation Alliance: What is the World Rehabilitation Alliance? Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/world-rehabilitation-alliance>
2. RelabHS. Who we are. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://relabhs.org/who-we-are/>
3. Swiss National COVID-19 Science Task Force (ncs-tf). Abschlussbericht der Swiss National COVID-19 Science Task Force (ncs-tf). Bern: ncs-tf; 2022 Mar 29 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://scienctaskforce.ch/wp-content/uploads/2022/04/AbschlussberichtSTF29Mar2022-DE.pdf>
4. Strehle O, Müller A. EFAS und die Integrierte Versorgung – zukunfts beginnt. Bern: Forum Für Integrierte Versorgung. Competence; 2024 [cited 2026 August 28]. Available from: https://fmc.ch/wp-content/uploads/2024/04/Artikel-und-Studien_Artikel-Competence-EFAS-und-IntV.pdf
5. Eser P, Pini M, Vetsch T, Marcin T, Berni S, Burri R, et al. Comparison of patient characteristics and health outcomes between self-selected centre-based cardiac rehabilitation and hybrid cardiac telerehabilitation: a prospective cohort study. Eur J Prev Cardiol. 2025;32(3):303–14. doi:10.1093/eurjpc/zwae061.
6. Kanton Luzern. Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern 2024. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement; 2024 Aug 19. Report No. B36 [cited 2026 August 28]. Available from: https://gesundheit.lu.ch/-/media/Gesundheit/Dokumente/Gesundheitsversorgung/Planungsbericht/Planungsbericht_ber_die_Gesundheitsversorgung_im_Kanton_Luzern_2024.pdf?rev=3b8ae302f1a44cb2adc4e55fd46cfe4a
7. Gesundheitsdepartement Basel-Stadt & Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft. Versorgungsplanungsbericht 2023: Gemeinsame Gesundheitsregion – Rehabilitation. Basel: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt und Basel-Landschaft; 2023 Sep 6 [cited 2026 August 28]. Available from: https://media.bs.ch/original_file/bf31b5e8ecfa0e90ebbae1a50e68fa4001e643dd/versorgungsplanungsbericht-rehabilitation-ggr-2023-0.pdf
8. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Agenda Grundversorgung. Bern: BAG; 2025 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/de/agenda-grundversorgung>
9. ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken. ANQ – das Kompetenzzentrum für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken. Bern: ANQ; 2025 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://www.anq.ch/de/>
10. Swiss Reha. Qualitäts- und Leistungskriterien für die ambulante und teilstationäre Rehabilitation. Aarau: Swiss Reha; 2016 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://www.swiss-reha.com/api/rm/U573455FY3C2X3D/swiss-reha-d-qualitaets-leistungskr-a5-dt.pdf>
11. Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ). ParaWork. Nottwil: SPZ; 2025 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://www.paraplegie.ch/spz/de/ueber-uns/partizipation/parawork/>
12. Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ). ParaWG Wohntraining – die Erfolgsstory. Nottwil: SPZ; 2025 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://www.paraplegie.ch/spz/de/ueber-uns/soziale-und-berufliche-integration/parawg-wohnttraining-die-erfolgsstory/>
13. Berner Fachhochschule (BFH). Forschungsprojekt «Panorama Gesundheitsberufe 2030»: Kompetenzen – Personal – Aus- und Weiterbildung. Bern: BFH; 2013 [cited 2026 August 28]. Available from: https://www.bfh.ch/dam/jcr:01c59dc4-927d-4289-b317-64e6891f2504/Flyer_D_Forschungsprojekt_Panorama_Gesundheitsberufe_2030.pdf
14. Interprofessional Education Collaborative (IPEC). About us. Washington, DC: IPEC; 2025 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://www.ipecollaborative.org/about-us>
15. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). Bachelorstudiengänge Gesundheit. Winterthur: ZHAW; 2022 [cited 2025 Jul 31]. Available from: <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/ueber-uns/info-broschueren/BSc/broschuere-bsc-studiengaenge-zhaw-gesundheit.pdf>
16. E-Health Suisse. Digital Health Data – standardised, secured, shared. Bern: E-Health Suisse; 2025 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://www.e-health-suisse.ch/>
17. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. Bern: BSV; 2025 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home.html>
18. Alliance for Health Policy and Systems Research. Aiming for impact: 2024–2028 strategy of the Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 August 28]. Available from: <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/aiming-for-impact>