

Reha kann mehr – man muss sie nur lassen!

Sozialpolitischen Folgen der Coronapandemie begegnen Post-COVID, die „unsichtbare Welle“, die auf die Sozialsysteme zurollt, zeigt den enormen Bedarf an Rehabilitation. Wie kann es gelingen, speziell im Bereich der Neurorehabilitation die Chancen zu nutzen, die Rehabilitation auch im gesellschaftlichen Kontext bietet? Was verhilft mehr chronisch kranken Menschen zu einer nachhaltigen Teilhabe? Eine Standortbestimmung des BDH Bundesverband Rehabilitation. ✎ Gero Skowronek

ZUSAMMENFASSUNG

Die demografische Entwicklung und die Fortschritte in der Akutmedizin werden den Bedarf an Neurorehabilitation weiter erhöhen. Rehabilitation spart Geld, sichert Arbeitsplätze und nachhaltig die Teilhabe Betroffener. Die Hauptprobleme medizinischer Rehabilitation in Deutschland sind Unterfinanzierung, Sektorengrenzen und Bürokratismus, wie er etwa im Genehmigungsvorbehalt sichtbar wird. Da insbesondere die Pflgeherapie im multiprofessionellen Reha-Team eine wichtige Rolle spielt, sind rasch greifende Maßnahmen gegen den Pflegenotstand entscheidend.

Schlüsselwörter: Post-Covid, Rehabilitation, Genehmigungsvorbehalt, Pflgeherapie

Schnelle Erschöpfung, Kurzatmigkeit und Schlafstörungen – das sind nur einige der gesundheitlichen Folgen einer Coronainfektion. Nach den Zahlen des Center for Systems Science and Engineering (CSSE) der Johns-Hopkins-University wie auch des Robert Koch-Instituts waren in Deutschland bis einschließlich Mai 2022 rund 26 Millionen Covid-19-Fälle bestätigt. Die genaue Zahl der Erkrankten, für die Corona nicht nach kurzer Zeit ausgestanden ist, ist dagegen nicht klar. Manifestiert sich bereits die akute Erkrankung – auch hinsichtlich des Schweregrads – sehr vielgestaltig, so gilt das ebenso für Long-COVID (ab vier Wochen nach Erkrankungsbeginn) oder Post-COVID (ab zwölf Wochen). Diese zeitliche Abgrenzung wurde auch von der deutschen S1-Leitlinie zu Post-COVID/Long-COVID der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

(AWMF) (Koczulla et al. 2021) übernommen. Als potentielle Ausprägung von Long-COVID/Post-COVID wird zusätzlich die Verschlechterung vorbestehender Grunderkrankungen genannt.

Die genaue Zahl der an Long- bzw. Post-COVID erkrankten Menschen ist schwer anzugeben. Das RKI selbst weist darauf hin, dass abhängig von Datenbasis, Falldefinition und Studienmethodik, der Anzahl der erfassten Symptome und Gesundheitsprobleme unterschiedliche Studien zu sehr unterschiedlichen Schätzungen kommen.

Langzeitfolgen von Corona volkswirtschaftlich relevant

Die Metastudie von Nittas et al. (2022) wertete 23 Übersichtsarbeiten und 102 Originalarbeiten aus. In ihnen variierte der Anteil nicht hospitalisierter Erwachsener, die Langzeitfolgen ihrer Corona-Infektion aufwiesen, zwischen 7,5 und 41%. Wegen COVID hospitalisierte Erwachsene litten zu 37,6% unter Langzeitfolgen ihrer Corona-Infektion. Geht man konservativ von einer Inzidenz von 10–15% aus, würde das zwischen 2,6 und bis 3,9 Millionen Betroffene bedeuten – bis jetzt! Das lässt erahnen, was da als „unsichtbare Welle“ auf Rehabilitation und Sozialversicherungssysteme zurollt. Sie hat längst volkswirtschaftliche Dimensionen erreicht: Laut Deutscher Gesetzlicher Unfallversicherung (DGUV 2022) sind bis 2021 rund 115.000 Berufskrankheiten infolge einer Corona-Infektion anerkannt worden. Die nachhaltige sozial- und gesundheitspolitische Dimension der neuartigen Erkrankung können wir heute noch gar nicht ermessen. Sie wird aber in jedem Fall einen hohen Bedarf an Rehabilitation bedingen.

BDH fordert Stärkung der Rehabilitation

Auch über Post-COVID hinaus wird die Prävalenz neurologischer Erkrankungen aufgrund der Veränderungen der Altersstruktur in Deutschland und Europa zunehmen, getrieben durch Erkrankungsformen wie Schlaganfall, Parkinson, Demenzen. Neurologi-

Teilhabe fest im Blick: Rehabilitation ermöglicht die Rückkehr ins Erwerbsleben.

© BDH Bundesverband Rehabilitation

sche Erkrankungen stehen an dritter Stelle nach kardiovaskulären Erkrankungen und Krebserkrankungen; sie machen in der EU 19,5% der Gesamttodesfälle aus. Alltagsrelevante Behinderungen durch neurologische Erkrankungen („neuro-disabilities“) zählen zu den häufigsten in unserer Gesellschaft. Dazu kommt: Die Fortschritte in der genetischen und neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung werden den Kreis der behandelbaren Erkrankungen erweitern. Das schafft Bedarf für völlig neue Rehabilitationsformen, die geeignet sind, chronisch kranke Menschen im günstigsten Fall aus der institutionellen Pflege wieder zur vollen gesellschaftlichen Teilhabe zu verhelfen. Auch wird unsere Intensivmedizin immer leistungsfähiger. Kritisch Erkrankte überleben häufiger, aber oft mit schweren motorischen, kognitiven und/oder emotionalen Beeinträchtigungen.

Rehabilitation neu denken

Die Frage lautet: Was sind wir bereit, in eine der großartigsten Errungenschaften unserer Kultur zu investieren? Rehabilitation ist eines der wirkungsvollsten Mittel gegen die weltweiten Folgen von Krankheit, Behinderung und Gewalt. Sie ist neben Prävention, Früherkennung, Diagnose und Therapie von Krankheiten sowie der Pflege einer der Pfeiler unseres Gesundheitssystems.

Das Wort Gustav Heinemanns „Wer nichts verändern will, wird auch das verlieren, was er bewahren möchte“, gilt auch für die medizinische Rehabilitation. In seiner Sozialagenda setzt sich der BDH Bundesverband Rehabilitation als Sozialverband und Klinikträger deshalb für eine grundlegende Neubewertung von Rehabilitation ein, die wir für unterfinanziert, überbürokratisiert und gesellschaftlich marginalisiert halten. Die Rehabilitation unterscheidet sich von der Akutmedizin in wichtigen Aspekten:

- Sie zielt auf den Umgang mit Krankheitsfolgen statt auf Heilung
- Sie orientiert sich am biopsychosozialen Krankheitsmodell

- Sie orientiert sich am Outcome hinsichtlich der Teilhabe
 - Sie wird von einem multiprofessionellen Team erbracht
- Wir brauchen jetzt ein grundsätzliches Umdenken beim Thema Rehabilitation, die nicht nur ein Menschenrecht ist, das durch Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention auch für Deutschland verbindlich ist. Medizinische Rehabilitation senkt auch die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung. Für jeden Euro, der in Rehabilitation investiert wurde, erhält unsere Volkswirtschaft fünf Euro zurück, hat eine Prognos-Studie schon 2009 ermittelt. Das gilt nach wie vor. Reha spart Kosten in Milliardenhöhe, zum Beispiel für gesparte Erwerbsminderungsrente, Arbeitslosen- oder Krankengeld. Reha sichert Arbeitsplätze und Fachkräfte. Und sie verringert Ausfälle durch Krankheit. Durch Rehamassnahmen können jedes Jahr mehr als 150.000 Menschen ins Erwerbsleben zurückkehren.

Unterfinanzierte Erfolgsgeschichte

Reha ist also eine Erfolgsgeschichte – aber eine unterfinanzierte. Die Gutachten der Consultinggesellschaft aktiva im Auftrag der AG MedReha zeigen: Die Sätze der Krankenkassen liegen bis zu 30% unter den erforderlichen Beträgen. 2019 gaben die gesetzlichen Krankenversicherungen für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen 3,68 Milliarden Euro aus. Allein die Nettoverwaltungs-kosten der GKV betragen im selben Jahr 11,43 Milliarden Euro. Natürlich kostet Verwaltung Geld. Aber Rehabilitation, gerade in der Neurologie durch die Fortschritte in der Akutmedizin ohne jede Alternative, kostet eben auch Geld. Ohne die Hochleistungsmedizin der Akuthäuser würden viele Patient*innen nicht mehr leben. Ohne passende Reha heißt das aber schlicht: Abhängigkeit von umfangreichen Pflegemaßnahmen. Es ist letztlich simpel: Eine Gesellschaft, die sich zur Spitzenmedizin bekennt, muss auch „ja“ zur Rehabilitation sagen.

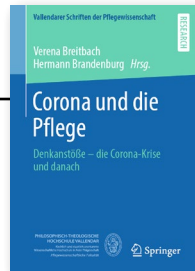
Eine Möglichkeit, die Finanzierung und Inanspruchnahme der erfolgreichen Rehabilitationsleistungen zu verbessern, wäre die ge-

BUCHTIPP

V. Breitbach, H. Brandenburg
Corona und die Pflege

Denkanstöße – die Corona-Krise und danach

Springer 2022; ISBN 978-3-658-34044-5 (Softcover)



setzliche Stärkung der Patientenrechte. Der Gesetzgeber könnte den Anspruch auf Rehabilitationsleistungen noch deutlicher und unabhängiger von Genehmigungsverfahren, ähnlich wie in der stationären Krankenhausbehandlung gemäß §39 SGB V, verankern. Ein anderer Weg: Den Wettbewerb innerhalb der GKV zu stärken. Ein Wettbewerbsvorteil einer Kasse gegenüber anderen könnte sein, den Ermessensspielraum gemäß §40 SGB V durchgängig im Sinne des Versicherten zu nutzen und damit den Versicherten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Bedarfsfall uneingeschränkt zu garantieren.

Sektorengrenzen abbauen

Ein grundsätzliches Problem sind die Sektorengrenzen in der Rehabilitation, vor allem die unterschiedlichen Träger und Finanzierungen. Die Entlassungen aus der vollstationären Krankenhausbehandlung in eine Rehabilitationseinrichtung nehmen nicht im gleichen Maß zu wie Verlegungen in Pflegeeinrichtungen. Krankenkassen haben keinen unmittelbaren monetären Anreiz, Pflege zu vermeiden, da die Pflegeleistungen aus dem Budget der Pflegeversicherungen und nicht aus der Krankenversicherung finanziert werden. Daran hat auch das Krankenhausstrukturgesetz mit der sogenannten Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt aus dem Budget der Krankenkassen nicht viel geändert. Vor allem dann, wenn bereits Pflegebedürftigkeit besteht, wird eine stationäre Rehabilitationsleistung nur selten genehmigt. Der BDH fordert deshalb, die Sektorengrenzen im Gesundheitssystem endlich abzubauen.

Altersdiskriminierung bei der Rehabilitation beenden

Ältere Schlaganfallpatient*innen gehen nicht selten an der Rehabilitation vorbei direkt in die Pflege. Das widerspricht dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ (§31 SGB XI). Unabhängig vom Alter müssen Betroffene mit neurologischer Schädigung Anspruch auf eine fachlich einwandfreie neurorehabilitative Behandlung haben. Nicht selten werden ältere, neurologisch kranke Menschen von den Kostenträgern jedoch in die geriatrische Reha gedrängt, weil diese günstiger ist.

Besondere Bedeutung kommt durch eine längere Lebensarbeitszeit auch der medizinisch-beruflichen Rehabilitation zu. Infolge der demografischen Entwicklung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und des längeren Verbleibs der Versicherten im Erwerbsleben werden künftig auch die Anforderungen an die Rehabilitation steigen. Hier sind insbesondere die ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gefordert. Tatsächlich zeigen Studien aber eine negative Korrelation zwischen

Rehabilitationsdauer und Alter. Je älter Betroffene sind, desto kürzer die potentiell bewilligte Rehabilitationsmaßnahme und desto geringer die Chance auf berufliche und soziale Teilhabe.

Genehmigungsvorbehalt abschaffen

Anschlussrehabilitationen sind besonders nach schweren Krankheitsverläufen wichtig. Ihr Beginn verzögert sich jedoch häufig, weil Krankenkassen gerade bei der Klientel, die zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit auf Rehabilitation angewiesen ist (neurologische Frührehabilitation der Phase C) zunächst eine Beantragung der Reha verlangen. Wie sich dieses Genehmigungsverfahren auf die Gesamtbehandlungsdauer und -ergebnisse auswirkt, war bislang unbekannt. Hinweise darauf gibt aber eine Studie der Düsseldorfer Neurowissenschaftlerin Bettina Studer und Mitarbeiter*innen (2021).

Am 24. März 2020, zu Beginn der Corona-Pandemie, stellte das Bundesgesundheitsministerium das Verfahren der Anschlussrehabilitation auf Direktweisung durch die Krankenhäuser um, so dass Patient*innen nicht mehr auf die Genehmigung durch die Krankenkasse warten mussten. Diese Aussetzung endete am 31. Mai 2020. An diesem „natürlichen“ Experiment lässt sich gut ablesen, wie sich das Bewilligungsverfahren für Patient*innen der Phasen C und D auswirkt: Der Verzicht auf Reha-Antragsverfahren verkürzt die stationäre Gesamtverweildauer (und zwar kürzer im Krankenhaus und gleichlang in der Rehabilitationsklinik). Die Komplikationsrate während der Reha war nicht erhöht; es gab also keine „blutigen“ Verlegungen. Stattdessen wurde bei den schwer betroffenen Patient*innen eine bessere Funktionserholung beobachtet.

Angesichts von ca. 150.000 neurologischen Anschlussrehabilitationen in Deutschland zeigt die Erhebung, dass die Abschaffung des Bewilligungsverfahrens allein in der Neurologie pro Jahr bis zu 1,5 Millionen Krankenhaustage und damit über eine Milliarde Euro Kosten einsparen könnte. Leider hatten die Fachverbände der Neurorehabilitation mit ihrem Vorstoß beim G-BA, die Phase C der neurologischen (Früh-)Rehabilitation aus dem Genehmigungsvorbehalt herausnehmen zu lassen, keinen Erfolg. Stattdessen soll das im Krankenhaus bisher unbekannte und für diese Anwendung auch nicht evaluierte SINGER-Patientenprofil für die ärztliche Einschätzung der Beeinträchtigungen im Rehaantrag zusätzlich integriert werden. Damit hat man ohne Not den gesetzlichen Auftrag scheitern lassen und ein neues Bürokratiemonster geschaffen. Es ist bittere Ironie, dass der Genehmigungsvorbehalt gerade nicht zur Verbesserung der Teilhabe beiträgt und er trotzdem bestehen bleibt. Reha könnte viel erfolgreicher sein – wenn wir sie ließen.

Teilhabeorientiert: Pflege als Therapie

Das multiprofessionelle Team mit ärztlichem Dienst, Pflegefachkräften und therapeutischen Berufsgruppen stimmt mit den Betroffenen gemeinsam Rehabilitationsziele und daraus abgeleitete Therapien ab und passt sie regelmäßig den Fortschritten an. Dieser Ansatz ist ein wesentliches Element, das zum Nutzen der Neurorehabilitation beiträgt und Selbstständigkeit sowie Vermeidung von langfristiger Pflegebedürftigkeit nachhaltig fördert (Langhorne et al. 2020). Dabei ist eine leistungsfähige Pflege Therapie ein essentieller Teil gelingender Rehabilitation. Die Pflege gehört zu den personalintensivsten Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Auch in

der stationären neurologischen (Früh-)Rehabilitation erbringt sie neben der Grund- und Behandlungspflege einen großen Anteil rehabilitativer Leistungen. Denn sie trägt dazu bei, dass Betroffene das in der Therapie Erreichte erfolgreich in Alltagsabläufe zu integrieren lernen. Innerhalb der Pflegewissenschaften bestand die Auffassung, dass grundsätzlich jede Pflegehandlung therapeutisch sei (Dennis 2001).

Der BDH hat drei pflegewissenschaftliche Promotionsstipendien vergeben, um in der Frührehabilitation Pflege als Therapie zu untersuchen. Sindy Lautenschläger (2019) konnte zeigen, dass Pflege dann therapeutisch ist, wenn sie therapeutischen Grundsätzen folgt, indem sie individuelle teilhabeorientierte Rehabilitationsziele verfolgt, sich an den konkreten Patient*innen orientiert, diesen die geplante Pflegehandlung kommuniziert, die Reaktionen der Patient*innen analysiert und darauf die weitere Planung gründet. Shiny Franz (2019) untersuchte die Stellung der Pflege im therapeutischen Kernteam mit Physio- und Ergotherapie und Logopädie. Sie konnte zeigen, dass feste Teamstrukturen und Fortbildungen auf Teamebene jeweils unter Einbeziehung der Pflege die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und einer Fraktionsbildung Pflege vs. Therapie entgegenwirken. Die Einbindung in ein multiprofessionelles Team wird von Pflegenden sehr positiv und als bereichernd erlebt. Die laufende dritte Arbeit untersucht die Teamkultur unter Einbeziehung aller patientenbezogenen tätigen Berufsgruppen.

Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern

In Deutschland herrscht seit Jahren Pflegenotstand. Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen, in der Pflege und in Krankenhäusern sind angespannt, viele Pflegekräfte sind in vergleichsweise schlechterem Gesundheitszustand als andere Beschäftigte (BARMER Pflegereport 2020). Die Corona-Pandemie hat diese Situation noch verschärft. Supervisionen und Fallbesprechungen, die hier stabilisierende und entlastende Funktionen haben können, sind als Mittel zur Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern im Vergleich zu anderen Ländern noch nicht ausreichend etabliert. Es sind nicht zuletzt die in der Pflegepraxis oft fehlenden Möglichkeiten, über das eigene Handeln nachzudenken, die zu einer geringen Verweildauer von Pflegekräften in ihrem erlernten Beruf führen. Kürzere Verweildauern, Patient*innen, die immer kränker werden – Pflege ist von Arbeitsverdichtung gekennzeichnet, durch die viele Pflegekräfte sich immer mehr als „Hamster im Rad“ empfinden.

Unser Gesundheitssystem braucht eine auskömmliche Vergütung der Leistungen. Nur wenn die Personalkosten erstattet werden, gibt es die Möglichkeit, mehr Pflegenden zu beschäftigen und die Arbeitsbedingungen fairer zu gestalten. Das wird mittelfristig dazu führen, dass Pflegeberufe wieder attraktiver werden und sich mehr junge Menschen für eine solche Ausbildung entscheiden.

Gerade im Pflegebereich ist das deutsche Gesundheitswesen nicht zuletzt auf Migration angewiesen. Deutschland muss ein Einwanderungsland werden, sonst werden nicht nur unsere Systeme der sozialen Sicherung zusammenbrechen, sondern der Fachkräftemangel wird das Gesundheitswesen zunehmend in seiner Leistungsfähigkeit schwächen. Die deutsche Gesellschaft altert und schrumpft. Die Schlussfolgerung, dass damit die Refinanzierbarkeit der sozialen Sicherung gefährdet sei, ist falsch. Zuwanderungs-

zahlen belegen, dass es viele Menschen gibt, die in Deutschland leben und arbeiten möchten. Bereits die sogenannte Süßmuth-Kommission hatte im Jahr 2000, sich am Beispiel klassischer Einwanderungsländer wie Australien oder der USA orientierend, das deutsche Zuwanderungsrecht mit seinen Reformreserven in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. ▶▶

FAZIT

Rehabilitation ist neben Prävention, Früherkennung, Diagnose und Therapie sowie der Pflege ein wesentlicher Pfeiler unseres Gesundheitssystems.

Mit Blick auf die positiven individuellen gesundheitlichen wie auch sozialpolitischen Auswirkungen von Rehabilitation ist eine grundlegende Neubewertung sinnvoll und wichtig.

🔗 Eine umfangreiche Literaturliste finden Sie auf springerpflege.de und über das eMag der PflegeZeitschrift.

Kontakt:

Gero Skowronek, M.A. MBA, Bundesgeschäftsführer des BDH
 Bundesverband Rehabilitation e. V., Bonn
gero.skowronek@bdh-reha.de