

Postcovid – Die unsichtbare Welle

Welche Schnittstellen sind relevant und was brauchen Menschen, die von Langzeitfolgen einer Coronaerkrankung betroffen sind?

Nicht erst durch Postcovid wird deutlich: Wir stehen vor einer immensen Belastungsprobe unserer sozialen Systeme. Menschen mit langwierigen Genesungsprozessen brauchen Unterstützung, um wieder selbstbestimmt ihr Leben neu ordnen und in die Hand nehmen zu können. Zugleich spart Reha Kosten in Milliardenhöhe, zum Beispiel für 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.

Impulsvortrag von Gero Skowronek, Bundesgeschäftsführer BDH Bundesverband Rehabilitation:

Sozialpolitik sichert Lebensrisiken ab und gewährleistet die Versorgung der Menschen im Alter. Sie finanziert sich im Wesentlichen aus Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern. Das heißt: sie beruht auf einem Wohlstand, der erarbeitet werden muss, bevor er verteilt werden kann. Etwa 30 Prozent der Wirtschaftsleistung werden in Deutschland über die Systeme der sozialen Sicherung umverteilt. Das ist richtig Geld: Im Jahr 2019 wurden in Deutschland rund 1 Billion Euro (genau 1040,3 Milliarden Euro) für reine Sozialleistungen ausgegeben, rund ein Drittel des Bruttoinlandsprodukts und fast dreimal so viel wie der Bundeshaushalt.

Die Summe ist fast unvorstellbar: Um das deutsche Sozialbudget zu einem Haufen aus 500 Euro-Scheinen zusammenzutragen, wären 58 Fahrten mit einem 40-Tonnen-Lastwagen notwendig. Übereinander gelegt würde sich ein mehr als 206 Kilometer hoher Stapel ergeben!

Bei solchen Summen muss die kritische Frage nach der bedarfsgerechten Mittelverwendung immer wieder gestellt werden.

So leisten wir uns zum Beispiel 16 Rentenversicherungsträger, große Behörden mit etwa 60.000 Mitarbeitern. Oder ein anderes Beispiel: die deutschen Universitätskliniken haben im Jahr 2020 ein Defizit von etwa 1 Milliarde Euro produziert. In unserem Heimatbundesland Nordrhein Westfalen haben wir 7 Unikliniken und in Deutschland insgesamt 35!

Wer zahlt es? Richtig, der Steuerzahler!

Trotz dieser Auswüchse hat die soziale Marktwirtschaft und mit ihr der deutsche Sozialstaat entscheidend zur sozialen Sicherheit und zum sozialen Frieden in Deutschland beigetragen. Die Sozial- und Gesundheitspolitik in Deutschland hat der BDH dabei als Sozialverband und Klinikträger von Beginn an kritisch und konstruktiv mitgestaltet, Leistungsbereiche wie die neurologische Frührehabilitation haben wir mit-etabliert.

„Wer nichts verändern will, wird auch das verlieren, was er bewahren möchte“, hat Gustav Heinemann einmal gesagt. Deshalb setzen wir uns in unserer Sozialagenda erneut für eine Neuausrichtung der deutschen Sozialpolitik ein. Immer weniger Menschen glauben an einen umverteilenden Sozialstaat, der

- Gerechtigkeit durch einfaches Verteilen von Geld schafft
- unter den gegebenen Bedingungen finanzierbar bleibt und
- dessen soziale Sicherungssysteme trotz demografischer Wende und Umbrüchen auf dem Arbeitsmarkt, trotz Corona und Post-Covid leistungsfähig bleiben.

Wir brauchen jetzt ein grundsätzliches Umdenken!

Sozialer Zusammenhalt ist nichts anderes als ein gesellschaftlicher Konsens über Werte wie Sicherheit, Solidarität und Freiheit. Wenn dieser Konsens erhalten bleiben soll, brauchen wir Lösungen für wichtige sozialpolitische Herausforderungen.

Für uns als Sozialverband und Klinikträger sind das die Bereiche Rehabilitation und Selbsthilfe, Teilhabe und Beratung – unsere Forderungen finden Sie in der BDH-Sozialagenda!

Im Mittelpunkt des heutigen Abends steht die Rehabilitation, die ein Menschenrecht ist, das durch Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention auch für Deutschland verbindlich ist. Medizinische Rehabilitation senkt auch die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung. Ich wiederhole, gute Rehabilitation senkt die Ausgaben!

Für jeden Euro, der in die Rehabilitation investiert wurde, bekommt unsere Volkswirtschaft fünf Euro zurück! **Reha spart Kosten in Milliardenhöhe**, zum Beispiel für Erwerbsminderungsrente, Arbeitslosen- oder Krankengeld. Und Reha sichert Arbeitsplätze. Und sie verringert Ausfälle durch Krankheit. Durch Rehamaßnahmen können jedes Jahr mehr als 150.000 Menschen ins Erwerbsleben zurückkehren.

Reha ist also eine Erfolgsgeschichte – aber eine unterfinanzierte. Ein Kranker kann keinen Kranken heilen. Die aktiva-Gutachten der AG MedReha zeigen Jahr für Jahr: Die Vergütungssätze der Krankenkassen sind bis zu 30 Prozent zu niedrig, um die Strukturanforderungen der Kassen überhaupt erfüllen zu können! Im Jahr 2021 gab es immer noch 103 Krankenkassen mit zirka 57 Millionen Versicherten, deren Nettoverwaltungskosten 11,43 Milliarden Euro in 2019 betragen! Im gleichen Jahr wurden für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen aber nur 3,68 Milliarden Euro ausgegeben!

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 unserer Patienten nicht mehr leben. Ohne passende Reha heißt das aber schlicht: Abhängigkeit von umfangreichen Pflegemaßnahmen. Eine Gesellschaft, die sich zur Spitzenmedizin bekennt, muss auch „ja“ zur Rehabilitation sagen!

Ein wichtiges, grundsätzliches Problem sind die Sektorengrenzen in der Rehabilitation, vor allem die unterschiedlichen Träger und Finanzierungen von Rehabilitation. Das betrifft vor allem die Gesetzlichen Krankenversicherungen. Je größer die finanzielle Not einer Kasse ist, umso mehr Reha-Anträge werden abgelehnt.

Die Entlassungen aus dem Akuthaus in eine Rehaeinrichtung nehmen auch 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 nichts geändert.

Vor allem dann, wenn bereits Pflegebedürftigkeit besteht, wird eine stationäre Rehabilitationsleistung nur selten genehmigt. **Unsere Forderung an die Politik: bauen Sie die Sektorengrenzen im Gesundheitssystem endlich ab!** Der nächste Punkt, über den wir mit Ihnen ins Gespräch kommen ist sehr aktuell. Anschlussrehabilitationen sind besonders nach schweren Krankheitsverläufen wichtig. Ihr Beginn verzögert sich jedoch häufig, weil zunächst eine Beantragung der Reha verlangt wird. Wie sich dieses Genehmigungsverfahren auf die Gesamtbehandlungsdauer und -ergebnisse auswirkt, war bislang unbekannt, konkrete Hinweise darauf gibt aber eine Studie der Düsseldorfer Neurowissenschaftlerin Bettina Studer und Mitarbeitern.

Am 24.03.2020, zu Beginn der Corona-Pandemie, stellte das Bundesministerium das Verfahren der Anschlussrehabilitation auf Direktweisung durch die Krankenhäuser um, die nicht mehr auf die Genehmigung durch die Krankenkasse warteten. Diese Aussetzung endete bereits nach 2 Monaten wieder. An diesem „natürlichen“ Experiment lässt sich gut ablesen, wie sich das Bewilligungsverfahren für Patienten der Phasen C und D auswirkt.

Ergebnis: Der Verzicht auf Reha-Antragsverfahren verkürzt die stationäre Gesamtverweildauer (und zwar kürzer im Krankenhaus und gleichlang in Rehabilitationsklinik). Die Komplikationsrate während der Reha war nicht erhöht; es gab also keine sogenannten blutigen Entlassungen. Stattdessen wurde bei den schwer betroffenen Patienten eine bessere Funktionserholung beobachtet.

Angesichts von circa 150.000 neurologischen Anschlussrehas 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 hatte n die Fachverbände der Neurorehabilitation mit ihrem Vorstoß beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Phase C der neurologischen Früh-Rehabilitation aus dem Genehmigungsvorbehalt herausnehmen zu lassen, keinen Erfolg. Stattdessen sollen die im Krankenhaus bisher unbekannt und auch nicht evaluierten SINGER-Patientenprofile für die ärztliche Einschätzung der Beeinträchtigungen im Rehaantrag zusätzlich integriert werden. **Damit hat die Politik ohne Not den gesetzlichen Auftrag scheitern lassen und ein neues Bürokratiemonster geschaffen. Es ist doch bittere Ironie, dass eigentlich klar ist, dass der Genehmigungsvorbehalt nicht zur Verbesserung der Teilhabe beiträgt und er trotzdem bestehen bleibt. Reha könnte viel erfolgreicher sein lassen – man muss sie nur lassen! Rehabilitation darf in Deutschland nicht länger ein Mauerblümchen-Dasein führen!**

Das gilt leider auch für andere entscheidende Bereiche Sozialpolitik. Wer etwa den Begriff „**Teilhabe**“ in eine Suchmaschine eingibt, erhält 5 Millionen Treffer. Aber Teilhabe findet in der Realität statt, nicht auf dem Papier. Dreizehn Jahre nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention ist Deutschland in der Barrierefreiheit immer noch nicht gut aufgestellt. Das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz vom Mai 2021 ist eine klägliche und mutlose Umsetzung des European Accessibility Act (EAA) in deutsches Recht, zu kurz gedacht, mit viel zu vielen Ausnahmen und endlosen Übergangsfristen – immerhin bis 2040 werden wir ausschließlich die inzwischen schon sprichwörtlichen barrierefreien Bankautomaten haben. Hilft nur nicht, weil der bauliche barrierefreie Zugang leider nicht umgesetzt wurde. So geht Teilhabe eben nicht!

Meine Damen und Herren, wie und in welchem Ausmaß die politisch Verantwortlichen die vielfältigen sozialen Verpflichtungen umsetzen, muss gesellschaftlich ausgehandelt werden. Wir stehen Ihnen mit unserer Expertise gerne zur Verfügung und freuen uns auf den Dialog mit Ihnen, heute Abend und in Zukunft!



- 51 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, wohnhaft in Hilden bei Düsseldorf
- M.A. in Geschichte/Politik, MBA in General Management
- langjährige Erfahrungen in Verbandsarbeit und Klinikmanagement
- seit 1.1.2021 Bundesgeschäftsführer des BDH Bundesverband Rehabilitation