

Postcovid – Die unsichtbare Welle

Am Beispiel COVID:

Ist das Reha-System ausreichend gerüstet, um zukünftige Herausforderungen zu meistern?

„Die Pandemie ist nicht sicher vorbei und eine Postcovidwelle überrollt uns gerade. Von grob geschätzt 20 Millionen Corona-Infizierten in Deutschland entwickeln nach konservativen Schätzungen 2 bis 3 Millionen Postcovid Symptome. Unser Reha-System ist in diesen herausfordernden Zeiten nur bedingt gerüstet. Unterfinanzierung, Fachkräftemangel, fehlende Forschung und unklare Signale der Politik müssen deshalb überwunden werden.“

Einblicke in die aktuelle Praxis der stationären Neurorehabilitation gibt Thomas von Kessel, Geschäftsführer der BDH-Klinik Vallendar:

Die BDH-Klinik Vallendar sah sich als erste der BDH-Kliniken einem Covid-Ausbruch unter Patienten und Mitarbeitern gegenüber, der in einem sofortigen Aufnahmestopp und der Schaffung von Isolierbereichen resultierte. Das Pandemiegeschehen führte zu einer Arbeitsverdichtung für die Mitarbeiter, da wir schwerstkranken Patienten umliegender Intensivstationen übernahmen und betreuten. Zudem entstanden in der Belegschaft nachvollziehbare Ängste und Spannungen (Stichwort: Impfen), auf die angemessen/sensibel reagiert werden musste.

In diesem Zusammenhang hat die Corona-Pandemie die Bedeutsamkeit von Wertschätzung und Anerkennung für die Klinikbelegschaft noch einmal deutlich betont. Eine derartige Herausforderung ist nur als Team zu meistern. In einer solchen Situation ist der Zusammenhalt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter alles.

Die BDH-Kliniken haben inzwischen mehrere hundert Patienten in Zusammenhang mit COVID behandelt. Die Zahl der Patienten mit einem PostCOVID-Syndrom nimmt stetig zu.

Für den BDH-Klinikverbund hat Professor Thomas Platz bereits früh ein adaptiertes Behandlungskonzept vorgelegt, das individuelle Diagnostik- und Behandlungspfade bei neurologischen Beeinträchtigungen infolge einer COVID19-Infektion aufzeigt. Im Zuge dessen war festzustellen: Die Standard-Rehabilitation für Neuro-COVID gibt es nicht!

Schwerbetroffene brauchen kombinierte intensivmedizinische und frührehabilitative Behandlung, z. T. mit Beatmungsentwöhnung. Bei eintretender Besserung können diese Patienten alle weiteren Phasen der stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitationsbehandlung – einschließlich der medizinisch-beruflichen Rehabilitation – durchlaufen.

Ist also das Reha-System ausreichend gerüstet?

Leider nur bedingt. Woran liegt das? Ein grundlegendes Problem ist, dass Rehabilitation in Deutschland unterfinanziert ist. Zwar sind alle BDH-Kliniken für ihre regionalen Versorgungsaufträge gut gerüstet, indem sie phasenübergreifende Rehabilitation anbieten und therapeutische Fachdisziplinen aufweisen.

Allerdings sind sie trotz der herausragenden Bedeutung für unsere Gesellschaft nicht ausreichend finanziert. Das gilt für die vielfältigen neurologischen Krankheiten (e. g. Schlaganfälle), die an unseren Kliniken bereits behandelt werden und – unabhängig vom Pandemiegeschehen – weiterhin auftreten. Hinzu kommt die demographische Entwicklung, die ebenfalls zu einem erhöhten Rehabedarf führt.

Um ein Beispiel anzubringen, sei auf die Finanzierung der Pflege durch das Pflegebudget verwiesen: Dieses betrifft erneut nur die Pflege im akutstationären Bereich. Demgegenüber wird die Pflege in der Reha immer noch mit defizitären Tagessätzen finanziert. In unseren BDH-Kliniken zeigt sich diese Ungerechtigkeit am deutlichsten, da wir sowohl im Akut- als auch im Rehabereich Patienten behandeln. Die Pflegepersonalkosten werden hier nur zur Hälfte auskömmlich refinanziert.

Die Ausgaben der Leistungsträger für die Rehabilitation sind dagegen aber viel zu niedrig. Post-COVID-Patienten werden den Kliniken über die DRV oder – abhängig von der Erwerbsprognose – über die Krankenkasse zugewiesen. Insbesondere die Vergütungssätze für die Reha-Phasen C und D sind nicht kostendeckend, da vor allem die schwerkranken Patienten erlösrelevant sind. Das Problem wird sich verschärfen, da die Nachfrage nach Reha-Plätzen durch Post-COVID-Patienten perspektivisch ansteigen wird. Auch hier ist der regionale Versorgungsaspekt wichtig, beispielsweise im Hinblick auf die Organisation ambulanter Therapien oder beruflicher Wiedereingliederung.

Ein weiteres zentrales Problem ist und bleibt weiterhin der Fachkräftemangel nicht nur im pflegerischen, sondern auch im therapeutischen Bereich. Der Mangel wurde durch die Pandemie bundesweit verstärkt und ist für die Rehakliniken durchaus spürbar. Viele Pflegekräfte verlieren wir an die Häuser der Maximalversorgung und zunehmend an Personalleasingfirmen, viele Therapeuten wechseln in den ambulanten Bereich.

Post- und Neuro-COVID sind neu und wir wissen immer noch nicht genug darüber. Wir brauchen mehr Forschung, denn die Zuordnung der extrem vielgestaltigen Long-/Post-COVID-Symptome ist komplex und es ist weiterhin unklar, warum ein Teil der Infizierten keine oder kaum Symptome zeigt, wohingegen andere Infizierte in so unterschiedlichen Ausprägungen teils schwer erkranken.

Und es gibt eine große Variation in den Studien hinsichtlich der Anzahl der Infizierten, die Post-COVID entwickeln. Konservative Schätzungen besagen: 10 bis 15 Prozent. Das klingt erst einmal nach nicht viel, aber 10 bis 15 Prozent von grob geschätzt 20 Millionen Infizierten in Deutschland würde 2 bis 3 Millionen Betroffene bedeuten – bis jetzt! Das lässt nur erahnen, was auf Rehabilitation und Sozialversicherungssysteme zurollt.

Wir brauchen deshalb weitere Forschung zum Versorgungs- und Rehabilitationsbedarf. Weitere Daten aus der klinischen Versorgung und der Therapieforschung sind dringend notwendig. Nur so können Einschätzungen von Krankheitsverläufen und der längerfristigen Auswirkungen von Neuro-COVID auf Motorik, Kognition, Emotion, subjektive Belastbarkeit, Selbständigkeit, Lebensqualität und berufliche Teilhabe getroffen werden.

Ein weiteres Problem sind die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Diese signalisieren, die Pandemie sei bereits vorbei. Das ist aber nicht sicher. Eine weitere Welle, beispielsweise im Herbst, würde auch für die Rehabilitation die Situation sehr unsicher machen (aufgrund erschwerter Wirtschaftsplanung, Risiko eines COVID-Ausbruchs, Belegungsschwankungen und erhöhte Personalausfallsquote, keiner Gruppenangebote, neuer logistischer Anforderungen wie Durchsetzung von Besuchsregelungen, Isolierstationen).

Meine Damen und Herren, es braucht klare Signale der Politik, dass einerseits vor allem die stationäre Reha in dieser Konstellation vor Rente geht und andererseits natürlich eine ausreichende Gegenfinanzierung vorgenommen wird. Nur so lassen sich die Erfahrungen mit der Patientenübernahme nach schweren COVID-Verläufen direkt von den Intensivstationen in breit nutzbare neurorehabilitative Angebote ummünzen.



Nach 17-jähriger Berufstätigkeit, zuletzt als Geschäftsführer der Johanniter-Kliniken in Bonn und Umgebung, wechselte Thomas von Kessel 2012 zur Stiftung der Cellitinnen in Köln und war ab 2015 als Bereichsleiter des Dienstleistungszentrums tätig. Seit 2015 ist er Geschäftsführer der BDH-Klinik Vallendar, Rheinland-Pfalz.