

Dr. Wilfried Hoffmann

# Auswirkungen der Covid-Pandemie auf die Onkologische Rehabilitation

Die onkologische Rehabilitation erweist sich im Kontext der Pandemie als besonders vulnerabel. Der Umfang und die Zeitdauer der Pandemie-Auswirkungen treffen auf eine in bürokratischen Verwaltungsabläufen gefesselte Reha-Struktur. Dem lässt sich durch geeignete Maßnahmen im Eigenengagement der betroffenen Kliniken entgegenwirken.

Die Corona-Pandemie hat weitreichende Auswirkungen auf die onkologische Rehabilitation. Ungefähr Dreiviertel der onkologischen Rehabilitationsleistungen erfolgen üblicherweise im Rahmen der Anschlussrehabilitation (AHB/AR). Dabei werden Patienten unmittelbar im Anschluss an eine akutmedizinische Behandlung – sei es Operation, Strahlentherapie oder Chemotherapie – rehabilitiert. Historisch begründet ist die Deutsche Rentenversicherung vorrangiger Kostenträger in der onkologischen Rehabilitation nicht nur bei Berufstätigen, sondern auch bei Rentnern.

Rehabilitative Therapien werden überwiegend in Gruppen und im persönlichen Kontakt mit anderen Patienten und Therapeuten erbracht. Der unvermeidbare enge Kontakt mit Therapeuten, die Lebensgemeinschaft innerhalb der Klinik sowie die Einnahme der Mahlzeiten in gemeinschaftlichen Räumlichkeiten stehen zunächst in Kontrast zu den aktuellen Hygieneregeln und Empfehlungen. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Patienten noch bei Aufnahme immunsupprimiert sind und aufgrund der hochspezialisierten Rehabilitationsbedürfnisse überregional behandelt werden. Die Einrichtungen der onkologischen Rehabilitation haben umgehend auf das neue Risikoprofil reagiert:

## **Lockdown in der onkologischen Rehabilitation: Wesentliche sozialgesetzlich zugewiesene Aufgaben bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft (Rentner) oder Arbeitswelt können nicht mehr erfüllt werden.**

Im Zuge des ersten Anstieges der Infektionszahlen im März 2020 wurde vonseiten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) per Erlass dringend empfohlen, Patienten zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsleistung – das sogenannte stationäre Heilverfahren (HV) – vorerst nicht aufzunehmen. Damit entfiel über Nacht ein durchschnittlicher Belegungsanteil von mindestens 30 % bis zu 70 %. Ob sich dies auf den Genesungs- und Teilhabeprozess der Patienten nachteilig ausgewirkt hat, ist noch nicht wissenschaftlich untersucht, ist aber anzunehmen. Die Verunsicherung der Patienten trug zusätzlich dazu bei, die Belegungszahl zuweilen unter 20 % zu bringen. Zusätzlich wurden auch onkologische Rehabilitationskliniken aufgefordert, Kapazitäten zur Versorgung von akutmedizinischen Patienten oder mit SARS-CoV-2 infizierten Pa-

tienten zur Verfügung zu stellen. Einige Kliniken boten Kapazitäten im Rahmen der Kurzzeitpflege an. Diese Möglichkeiten wurden aber nur sehr selten in Anspruch genommen. Um der drohenden Insolvenz zu entgehen, nutzte eine Vielzahl der Kliniken das Modell der Kurzarbeit und konnte dadurch einen Notbetrieb für die verbleibenden Patienten in der Klinik sicherstellen. Eine entscheidende Maßnahme war das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) verfasste „Sozialdienstleister-Einsatzgesetz“ (SodEG). In diesem Gesetz wurden auch die Reha-Kliniken inkludiert, die somit Ausgleichszahlungen in Form eines sogenannten Rettungsschirmes in Anspruch nehmen konnten. Dadurch konnte wahrscheinlich zunächst eine massive Insolvenzwellen der Kliniken vermieden werden.

## **Exitstrategie**

Zur Sicherung des Versorgungsauftrages und aus wirtschaftlichen Gründen ist es dringend notwendig, auch langfristig Strategien zu entwickeln, wie das therapeutische Konzept der onkologischen Rehabilitation auch zu Zeiten einer Pandemie weitergeführt werden kann. Zu diesem Zweck erarbeiteten die beiden Arbeitskreise der onkologischen Rehabilitation, zum einen der Arbeitskreis Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (AGORS der DKG) und zum anderen der Arbeitskreis Onkologische Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (AKOR-DGHO), ein gemeinsames Strategiepapier, das es den onkologischen Rehabilitationskliniken erleichtern sollte, einen Ausweg aus der Pandemie zu finden. Mit diesem Strategiepapier wurde nicht nur die wirtschaftliche Sicherung und die schrittweise Mehrbelegung der Kliniken zur Aufrechterhaltung der Versorgungsstruktur berücksichtigt, sondern auch die Risikominimierung für die onkologischen Hochrisikopatienten mit einbezogen. Eine Ausbreitung von SARS-CoV-2 unter Mitarbeitern und Patienten – und damit die Entstehung von Infektionsketten – konnte bislang weitgehend vermieden werden. Angestrebt war in diesem Zusammenhang eine langsame und schrittweise Erhöhung der Belegung der Kliniken, um eine Überbelastung und damit eine Risikoerhöhung für Infektionsketten zu vermeiden. Allerdings konnte dies aus wirtschaftlichen Gründen nur bedingt umgesetzt werden, da das zunächst

bis 31. Dezember 2020, dann bis 31. März 2021 befristete SodEG für die Rehabilitationskliniken eine gestaffelte Entschädigung vorsieht und ab einer Belegung von 75 % des Vorjahreswertes eine finanzielle Unterstützung gänzlich entfällt. Damit waren die Kliniken genötigt, unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen die Belegung wieder deutlich zu steigern, um die Wirtschaftlichkeit zu erhalten.

Die Exitstrategie und die gebotenen Hygienemaßnahmen stellen eine erhebliche Herausforderung für die Durchführung einer suffizienten onkologischen Rehabilitation dar. Um einen Mindestabstand zwischen den Patienten einzuhalten, können Gruppengrößen wie zuvor nicht eingehalten werden. Die Verringerung der Teilnehmerzahl führt unweigerlich zu einer erhöhten Frequenz der Gruppentherapien. Auch Schulungsmaßnahmen und Seminare bedürfen einer Frequenzsteigerung, was zu einer erheblichen Belastung der personellen Ressourcen führt. Therapieangebote im Freien sind unter Lockdown-Bedingungen nur sehr eingeschränkt möglich. Neue Konzepte für die Einnahme der Mahlzeiten wurden erarbeitet, eine schichtweise Versorgung der Patienten etabliert, und auf Abstände beim Essen geachtet. Von der üblichen Buffetversorgung wurde Abstand genommen und eine Einzelversorgung unter strikten Hygieneauflagen eingeführt. Der erhebliche Mehrbedarf an medizinischen Mund-Nasen-Schutzmasken (MNS), FFP2-Masken für Mitarbeiter als auch an Desinfektionsmittel, Handschuhen und Schutzkitteln, Luftreinigungssysteme sowie ein Testkonzept für Patienten und Mitarbeiter führt zu einer deutlichen finanziellen Mehrbelastung. Die erstellten Hygienekonzepte mit Beschaffung der erforderlichen Materialien und der bestmöglichen Anpassung der Therapie an die Bedingungen der Pandemie bestätigt die Kompetenz der onkologischen Rehabilitationskliniken. Hier ist auch das große Vertrauen erwähnenswert, dass sich die Patienten und Mitarbeiter aufgrund der Maßnahmen bei uns sicher fühlen und die Patientenzufriedenheit unverändert hoch ist.

### Aktuelle Situation

Aufgrund der genannten Maßnahmen konnten bis auf wenige Ausnahmen Infektionsketten und Schließungen von Kliniken vermieden werden. Die Mehrzahl der onkologischen Rehabilitationskliniken setzt die Verhaltensregeln und Hygienemaßnahmen in hohem Maße und sehr pflichtbewusst um. Die onkologische Rehabilitation hat sich rasch auf die neuen Bedingungen eingestellt, was auch den beiden Arbeitskreisen (AGORS und

AKOR) geschuldet ist. Nach wie vor ist eine Kompensation des erheblichen Kostendrucks für die onkologischen Rehabilitationskliniken ungeklärt. Von den Arbeitskreisen wird daher eine deutlich bessere Grundvergütung der onkologischen Rehabilitation gefordert, um die erheblichen Mehrkosten bei deutlicher Minderbelegung der Kliniken finanzieren zu können. Eine von der DRV seit 1. August 2020 gezahlte zusätzliche Vergütung (Corona-Zuschuss) von 8 € pro Pflgetag kompensiert nicht annähernd die dauerhaft entstehenden Mehrkosten.

### Ausblick: Die Rehabilitationslandschaft wird durch die Pandemie nachhaltig verändert

Nicht nur für die onkologische Rehabilitation, sondern auch für alle gesellschaftlichen und gesundheitswirtschaftlichen Bereiche bleibt ungewiss, wie sich die Pandemie im weiteren Jahresverlauf entwickeln wird. Letztendlich hat die Corona-Pandemie auch die onkologische Rehabilitation dauerhaft verändert, auf Schwachstellen hingewiesen und eine grundsätzliche Neuausrichtung angestoßen. Die onkologische Rehabilitation wird sich darauf einstellen. Die Versorgung mit Hygienematerial, Antigen-Schnelltesten aber auch die Verfügbarkeit von PCR-Abstrichen ist unabdingbar.

Die digitalen Strukturen sind in vielen Kliniken mangelhaft. Digitale Angebote können helfen, Gruppengrößen zu vermindern und Face-to-Face-Kontakte zu vermeiden. Die Etablierung von elektronischen Patientenakten muss Standard in onkologischen Rehabilitationskliniken werden. Alle diese Maßnahmen erfordern eine wesentlich bessere Vergütung von onkologischen Rehabilitationsleistungen. Die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – und hier speziell von Menschen mit Krebs – ist für unsere Gesellschaft ein Prüfstein zum Umgang mit benachteiligten Bürgern.

In dieser Situation ist es wichtiger als je zuvor, die Leistungsbeurteilung und -fähigkeit der hochqualifizierten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland zum Wohl der Patientenversorgung zu unterstützen. Die Akutmedizin benötigt diesen Kooperationspartner zur zeitnahen medizinischen Versorgung nach Abschluss der Akutbehandlung. Die Verwirklichung der im Sozialgesetzbuch verankerten Aufgaben der Rehabilitation zur sozialen und beruflichen Reintegration ist nachhaltig bedroht.

### Anschrift des Verfassers

*Dr. med. Wilfried Hoffmann, Hamm-Kliniken GmbH & Co. KG, Badenweiler*

**Redaktionstelefon: 030 20847294-1/-2**

**Fax: 030 20847294-9**