


Warum der rehabilitativen Versorgung auch und gerade während der COVID-19 Pandemie besondere Beachtung geschenkt werden muss: Ein Statement der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM)

Why Rehabilitation needs to be given Special Attention, Especially during the COVID-19 pandemic: A Statement by the German Society for Physical and Rehabilitative Medicine (DGPRM)

Autoren

Christoph Gutenbrunner¹, Norman Best², Jean Jacques Glaesener³, Uwe Lange⁴ , Christina Lemhöfer⁵, Gabriele Licht⁶, Max Emanuel Liebl⁷, Anett Reißhauer⁷, Susanne Schwarzkopf⁸, Anke Steinmetz⁹, Christian Sturm¹, Martin Weigl¹⁰, Andreas Winkelmann¹¹, Gert Krischak¹²

Institute

- 1 Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
- 2 Inst. für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena
- 3 Rehabilitationsmedizin, ifi – Institut für Interdisziplinäre Medizin, Hamburg
- 4 Kerckhoff-Klinik, Department of Rheumatology, Osteology and Physical Medicine, University Gießen, Bad Nauheim
- 5 Geriatrische Rehabilitation, Rehaklinik Bethel, Trossingen
- 6 Praxis für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Klinikum Bad Salzungen GmbH, Bad Salzungen
- 7 Physikalische Medizin und Rehabilitation, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin
- 8 Klinik und Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin und Naturheilverfahren, Fachübergreifende Frührehabilitation, Klinikum Nürnberg, Nürnberg
- 9 Muskuloskeletales Zentrum – Konservative Orthopädie und Manuelle Medizin, Loreley-Kliniken, Oberwesel
- 10 Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum der Universität München, München
- 11 Klinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, LMU München, München
- 12 Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, University of Ulm, Bad Buchau

Schlüsselwörter

interdisziplinäre Rehabilitation, Medizinische Rehabilitation, Physikalische Medizin, Rehabilitation

Key words

interdisciplinary rehabilitation, Medical rehabilitation, physical medicine, rehabilitation

eingereicht 15.06.2020

akzeptiert 24.06.2020

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1207-0766>

Online-Publikation: 2020

Phys Med Rehab Kuror

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0940-6689

Korrespondenzadresse

Prof. Christoph Gutenbrunner

Rehabilitation Medicine

Hannover medical School

Carl-Neuberg-Straße 1

30625 Hannover

Tel.: 0049 (0) 511 532 4100, Fax: 0049 (0) 511 532 4293

gutenbrunner.christoph@mh-hannover.de

ZUSAMMENFASSUNG

Auch in Deutschland haben die Reaktionen auf die Pandemie mit dem SARS-Coronavirus-2 zu erheblichen Einschnitten in fast allen gesellschaftlichen Bereichen geführt und die Prioritäten der Gesundheits- und Sozialpolitik dramatisch verschoben. Dies betrifft auch die rehabilitative Versorgung in praktisch allen ihren Dimensionen. Das folgende Statement der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM) möchte einige Aspekte dieser Entwicklungen aufzeigen und Empfehlungen ableiten.

ABSTRACT

In Germany too, the reactions to the pandemic with the SARS coronavirus-2 has led to significant cuts in almost all areas of society and the priorities of health and social policy shifted dramatically. This also applies to rehabilitative care in practically all its dimensions. The following statement of the German Society for Physical and Rehabilitative Medicine (DGPRM) would like to discuss some aspects of these developments and derive recommendations.

Auch in Deutschland haben die Reaktionen auf die Pandemie mit dem SARS-Coronavirus-2 zu erheblichen Einschnitten in fast allen gesellschaftlichen Bereichen geführt und die Prioritäten der Gesundheits- und Sozialpolitik dramatisch verschoben. Dies betrifft auch die rehabilitative Versorgung in praktisch allen ihren Dimensionen. Das folgende Statement der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM) möchte einige Aspekte dieser Entwicklungen aufzeigen und Empfehlungen ableiten. Da die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie in Deutschland erst seit wenigen Wochen durchgeführt werden, können die folgenden Aussagen noch nicht wissenschaftlich, d. h. auf objektiven Daten beruhen, sondern stellen eine erste Annäherung an das Problem aus Expertensicht dar.

Die Prioritäten der Gesundheitsversorgung wurden in Deutschland seit Anfang März 2020 auf die folgenden Ziele fokussiert:

1. Die Vermeidung von Infektionen mit dem SARS-CoV-2 und die Verlangsamung der Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19
2. Der Sicherstellung einer ausreichenden Akutversorgung einschließlich Bereitstellung von einer großen Zahl an Intensivbetten

Dies geschah ganz bewusst zu Lasten sogenannter elektiver medizinischer Maßnahmen (wie z. B. elektive operative Eingriffe) sowie auch von Maßnahmen der Rehabilitation (z. B. durch Behandlungs- und Betretungsverbote). Hinzu kam ein offensichtlicher Mangel an hygienischen Schutzausrüstungen wie Mund-Nasen-Schutzmasken, Einmalkitteln, Handschuhen, Desinfektionsmitteln und Augenschutz und eine auf die Kliniken konzentrierte Verteilung dieser knappen Ressourcen. Hiervon waren nicht nur der primärärztliche Bereich sondern auch die therapeutischen Praxen und ambulanten Rehabilitationszentren massiv betroffen. Besonders drastisch hat sich dieser Mangel auch in Alten- und Pflegeeinrichtungen ausgewirkt, wo es mehrfach zu lokalen Ausbrüchen der Pandemie mit zahlreichen (vermeidbaren) Todesfällen gekommen ist.

Im Folgenden sollen 3 Themenbereiche diskutiert werden:

- a) Welchen Bedarf an Rehabilitation haben Patientinnen und Patienten mit schweren Verläufen der COVID-19-Erkrankung?
- b) Welche Auswirkungen hat der weitgehende Lock-down der Rehabilitation auf Menschen mit langfristige Rehabilitationsbedarf (einschließlich Menschen mit Behinderungen)?
- c) Welche (auch langfristigen) Folgen kann die „Corona-Krise“ auf das Rehabilitationssystem in Deutschland haben?

a) Welchen Bedarf an Rehabilitation haben Patientinnen und Patienten mit schweren und kritischen Verläufen der COVID-19-Erkrankung?

Nach allem was bisher bekannt ist, haben Patientinnen und Patienten mit schweren Verläufen der COVID-19-Erkrankung einen hohen Bedarf an rehabilitativen Interventionen [1]. Diese beinhalten in der Akutphase und der frühen Rehabilitation im Krankenhaus v. a. atemtherapeutische und Lagerungsmaßnahmen [2]. Sie sind wegen der einzuhaltenden Hygienevorschriften für die Therapeutinnen und Therapeuten besonders aufwändig und müssen so ausgelegt sein, dass Therapien mit einem hohen Infektionsrisiko durch andere Maßnahmen kompensiert werden. In dieser Phase geht es

einerseits um die Unterstützung der Atemfunktion (v. a. auch in der Weaningphase), andererseits um die Prävention von Komplikationen, wie Thrombosen, Kontrakturen und den Folgen der immobilisationsbedingten Dekonditionierung [3]. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Verkürzung von Liegezeiten auf der Intensiv- und Normalstation, um in der pandemischen Lage Behandlungskapazitäten so effektiv wie möglich einsetzen zu können. Somit ist es essenziell, dass in allen Krankenhäusern ausreichende Kapazitäten an qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten zur Verfügung stehen [4, 5] und dass diese mit den notwendigen Schutzausrüstungen versorgt werden.

Die Notwendigkeit einer frühestmöglichen Entlassung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 eröffnet die Frage nach der poststationären rehabilitativen Weiterbehandlung. Dies betrifft nicht nur die gesetzlich verankerte Anschlussrehabilitation sondern in erheblichem Umfang auch die ambulante oder tagesklinische rehabilitative Therapie (zu Lasten der Krankenversicherung). Die Verlegung von COVID-19 Patientinnen und Patienten in die Kurzzeitpflege ist medizinisch nicht zu verantworten. Daher müssen in der ambulanten und stationären Rehabilitation sowohl personelle Kapazitäten, als auch räumliche Strukturen und adäquate Prozesse geschaffen werden. Diese müssen eine sachgerechte Behandlung auch für weiterhin positiv getestete Patientinnen und Patienten, bei denen ggf. noch eine Infektiosität besteht, ermöglichen. Hier besteht dringender und akuter Handlungsbedarf. Klinisch geht es in dieser Phase um die weitere Verbesserung der Atemfunktion und die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit auf allen Funktionsebenen (Herz-Kreislaufsystem, Nervensystem, muskuloskelettales System) [6]. Darüber hinaus sind die psychischen Folgen der COVID-19-Erkrankung nach den bisherigen Erfahrungen als erheblich einzuschätzen [7], sodass in der frühen postakuten Phase bereits mit einer psychotherapeutischen Begleitung begonnen werden muss. Der hier zugrunde liegende Symptomkomplex wird in der internationalen Literatur als Post-Intensive Care Syndrome (PICS) bezeichnet [8, 9].

Wenngleich bisher kaum klinische Erfahrungen oder wissenschaftliche Studien zur Frage des längerfristigen Rehabilitationsbedarfs bei Patientinnen und Patienten mit COVID-19 vorliegen, muss man nach Kenntnis des Krankheitsbildes mit den oben schon erwähnten pulmonalen und extrapulmonalen Manifestationen von einem erheblich längerfristigen Rehabilitationsbedarf ausgehen. Dieser bezieht sich v. a. auf pulmonale, kardiovaskuläre und neurologische Schädigungen, muskulo-skelettale Symptome und die psychosozialen Folgen. Nach bisherigen Erfahrungen zeichnet sich ab, dass v. a. nach schwereren Erkrankungsverläufen auch bleibende Schädigungen der Lungenstrukturen, und womöglich von weiteren Organen verbleiben können. Aufgrund der Erfahrungen um die Bedeutung frühfunktioneller, rehabilitativer Strategien für die Genesung von funktionellen und auch strukturellen Erkrankungen sollte in diesen Fällen das umfassende Potenzial multiprofessioneller rehabilitativer Therapien genutzt werden. Ob und welchen Einfluss diese auf den weiteren Genesungsverlauf tatsächlich haben, werden erst spätere Untersuchungen beweisen müssen. Bei älteren Patientinnen und Patienten wird zudem eine hohe geriatrische Expertise und bei Patientinnen und Patienten im arbeitsfähigen Alter neben der pulmonologisch-internistischen Expertise auch neuro-

logisches, orthopädisches und psychosomatisch/psychiatrisches Fachwissen notwendig sein. Hinzukommen dürften bei einer Reihe von Patientinnen und Patienten erhebliche soziale Probleme wie Arbeitsplatzverluste, familiäre Konflikte und finanzielle Probleme die durch die wirtschaftlichen und sozialen Umwälzungen der Krise ausgelöst werden können. Dringend notwendig sind also Studien zum Rehabilitationsbedarf nach überstandener CoVID-19-Erkrankungen sowie zur Entwicklung und Erprobung von spezifischen multidisziplinären Rehabilitationsprogrammen (für die einzelnen Altersgruppen). Diese müssen auch die extrapulmonalen Manifestationen und die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und bestehende psychosomatische Folgen mit einschließen. Hierfür bedarf es einer kurzfristig zur Verfügung gestellten Finanzierung, was bspw. von der DRV Bund bereits angestoßen wurde. Längerfristiger Rehabilitationsbedarf besteht allerdings auch bei nicht hospitalisierten Patientinnen und Patienten nach mittelschwerem COVID-19-Verläufen mit pulmonaler Beteiligung, wobei verlässliche Prozentzahlen über die Häufigkeit fortbestehenden Rehabilitationsbedarfs noch nicht vorliegen. Für diese Patientengruppe sollten Versorgungsangebote der physikalisch-rehabilitationsmedizinischen Langzeitrehabilitation [10] geschaffen werden.

b) Welche Auswirkungen hat der weitgehende Lock-down der Rehabilitation auf Menschen mit langfristigem Rehabilitationsbedarf (einschließlich Menschen mit Behinderungen)?

Durch den Lock-down standen Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen kaum noch rehabilitative Behandlungsangebote zur Verfügung. Dies lag einerseits an der Schließung der meisten Rehabilitationskliniken für stationäre Heilverfahren, aber auch an der reduzierten Kapazität in den Praxen für Physio- und Ergotherapie sowie für Logopädie. Wenngleich diese vom Lock-down nicht unmittelbar betroffen waren, hat der Mangel an Schutzausrüstungen sowie der enorme Aufwand der notwendigen Hygienemaßnahmen zu einer drastischen Verringerung der therapeutischen Kapazitäten geführt (einschließlich einer de-facto Schließung der Ambulanzen in den Kliniken). Hieraus können sehr unterschiedliche, teilweise auch bedrohliche Folgen entstehen:

- Menschen mit schweren Behinderungen erhalten nicht oder nicht in ausreichendem Maße Therapien, die sie zur Aufrechterhaltung ihres Funktionszustandes benötigen. Besonders betroffen und gefährdet sind Menschen mit Schädigungen, die die Lungenfunktion primär oder zumindest mit betreffen (z. B. Querschnittläsionen, Z.n. Lungentransplantationen).
- Menschen nach akuten und schweren Erkrankungen, wie z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall oder Krebserkrankungen haben nach der Beendigung einer Anschlussheilbehandlung/ Anschlussrehabilitation in den meisten Fällen einen Bedarf an Weiterbehandlung zum Erhalt und weiteren Verbesserung von Körperfunktionen, zur psychischen Stabilisierung und zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.
- Bei Menschen mit muskuloskelettalen Beschwerden und den bekannten Risikofaktoren der Schmerzchronifizierung ist zu befürchten, dass der Aufschub rehabilitativer Interventionen der Chronifizierung Vorschub leistet mit u.U. gravierenden Folgen für die Betroffenen sowie für das Sozialsystem

- Menschen mit Lähmungen, Spastik, drohenden Kontrakturen, welche eine kontinuierliche Therapie benötigen, droht eine erhebliche Verschlechterung ihres funktionellen Zustandes.

Ein Großteil der notwendigen langfristigen rehabilitativen Therapien wird von niedergelassenen PRM Fachärztinnen/innen und Therapeuten/innen, ambulanten Rehabilitations- oder Medizinischen Versorgungszentren oder in Polikliniken geleistet. Der derzeitige Mangel an rehabilitativer Langzeitversorgung muss dringend behoben werden, in dem die geeigneten hygienischen, organisatorischen und finanziellen Maßnahmen geschaffen werden.

c) Welche (auch langfristigen) Folgen kann die „Corona-Krise“ auf das Rehabilitationssystem in Deutschland haben?

Während die beiden vorstehenden Themenbereiche durch medizinisch-rehabilitatives Wissen und klinische Erfahrung gut untermauert sind, sind die Folgen der „Corona-Krise“ auf das Rehabilitationssystem in Deutschland nur schwer abschätzbar. Aus heutiger Sicht sind – abgesehen von der unwahrscheinlichen Annahme, dass sich langfristig nichts an unserem Gesundheits- und Rehabilitationssystem ändern wird – 2 wesentliche Szenarien zu diskutieren:

- 1) Es ist damit zu rechnen, dass der in den vergangenen Jahren vernachlässigte Infektionsschutz und die Seuchenbekämpfung auch längerfristig eine stärkere Bedeutung bekommen werden. Zusammen mit den auch insgesamt begrenzten Ressourcen im Gesundheits- und Sozialsystem kann dies zu Schwerpunktverschiebungen im Gesundheitssystem führen, die z. B. mit einer Bettenreduktion in Rehabilitationskliniken und geringeren Behandlungszahlen in ärztlichen und Therapiepraxen einhergehen können. Auch im internationalen Kontext stellt sich die Frage, ob die Prävention zu Lasten der Rehabilitation ausgebaut wird, oder ob es gelingt, gleichzeitig zur Verbesserung des Infektionsschutzes auch die für die Bewältigung von Gesundheitsproblemen Ressourcen zu schaffen, (auch denjenigen, die durch die COVID-19 Pandemie entstehen) zur Verfügung stehen.
- 2) Es ist auch denkbar, dass die in der Krise evident gewordenen Probleme in unserem Rehabilitationssystem zu einem Nachdenken über eine Verbesserung der rehabilitativen Versorgung führt. Dabei geht es z. B. um rehabilitative Strategien im Akutkrankenhaus und die Schließung von Versorgungslücken zwischen Krankenhausbehandlung, Kurzzeitpflege, und Anschlussrehabilitation sowie um die rehabilitativen Langzeitversorgung im ambulanten Bereich. Hier sind die Probleme einer mangelnden Koordination an den Schnittstellen zur Rehabilitation und der Zersplitterung von rehabilitativen Leistungen zwischen verschiedenen Versicherungssystemen bzw. Kostenträgern im gegliederten System der Versorgung offensichtlich. Es ist zu hoffen, dass es zu einer stärkeren Berücksichtigung der Bedarfe von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen sowie nach schweren Krankheiten oder Operationen und gegebenenfalls auch zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen kommen wird.

Weiterhin ist sicherzustellen, dass der notwendige Mehraufwand bei der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten nach COVID-

19 Erkrankung (z. B. Quarantänemaßnahmen, SARS-CoV-2 Tests) nicht zu Lasten des Rehabilitationsbudgets verrechnet werden.

Die Autorinnen und Autoren wünschen sich, dass die angesprochenen Probleme für die rehabilitative Versorgung sowohl in der Fachwelt aber auch in der Politik und von Seiten der Betroffenen konstruktiv diskutiert werden und das kurz- und langfristige Lösungen entwickelt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin ist gerne bereit, an solchen Diskussionen teilzunehmen und aus ihrer Expertise zur Entwicklung von Lösungen beizutragen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Brugliera L, Spina A, Castellazzi P et al. Rehabilitation of COVID-19 Patients. *J Rehabil Med* 2020; 52 jrm00046
- [2] Reißhauer A, Baack A, Liebl ME. Physiotherapie bei erwachsenen Patienten mit Verdacht oder Nachweis von COVID-19 an der Charité Universitätsmedizin Berlin. *Phys Med Rehab Kuror* 2020; 30: 64–65
- [3] Liebl ME, Gutenbrunner C, Glaesener JJ et al. Frühe Rehabilitation bei COVID-19. Best Practice Empfehlungen für die frühe Rehabilitation von Patient * innen mit COVID-19. *Phys Med Rehab Kuror* 2020; 30: 129–134. DOI: 10.1055/a-1162-4919
- [4] Gutenbrunner C, Glaesener JJ, Reißhauer A et al. Empfehlungen der DGPRM zu Struktur und Ausstattung von Akutkrankenhäusern bezüglich Physikalisch-medizinischer/rehabilitativer Maßnahmen in Intensivmedizin und Intermediate Care. *Phys Med Rehab Kuror* 2020; e-published first: DOI <https://doi.org/10.1055/a-1126-4645>
- [5] Sturm C, Glaesener JJ, Korallus C et al. Hintergrundtext zu Empfehlungen der DGPRM zu Struktur und Ausstattung von Akutkrankenhäusern bezüglich Physikalischmedizinischer/Rehabilitativer Maßnahmen in Intensivmedizin und Intermediate Care. *Phys Med Rehab Kuror* 2020; e-published first: DOI: 10.1055/a-1126-4676
- [6] Li J. Effect and enlightenment of rehabilitation medicine in COVID-19 management. *Eur J Phys Rehabil Med* 2020; Mar 16: DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06292-9
- [7] Liang T. (Ed.). *Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment*. Zhejiang University, School of Medicine; Zhejiang, China: 2020
- [8] Needham DM, Davidson J, Cohen H et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012; 40: 502–509
- [9] Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J et al. COVID-19 and post intensive care syndrome: A call for action. *J Rehabil Med* 2020; 52 jrm00044
- [10] Gutenbrunner C, Pioch E. Die rehabilitative Langzeitversorgung – eine Kernaufgabe der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin. *Phys Med Rehab Kuror* 2019; 29: 184–185