

Medizinische Rehabilitation

Einrichtungen in der Coronakrise

Vielen Rehabilitationskliniken in Deutschland brechen die Einnahmen weg. Zwar fallen die stationären Einrichtungen auch unter den Schutzschirm der Bundesregierung. Dass mancherorts dennoch Kurzarbeit für Ärzte und Pflegekräfte eingeführt wurde, stößt zum Teil auf massive Kritik.



Foto: Chanday Penni/Stock

Die Coronapandemie hat das Land in den Ausnahmezustand versetzt. Auch das Gesundheitssystem läuft im Krisenmodus. Insbesondere die Krankenhäuser haben sich ganz der Versorgung schwer kranker Coronapatienten verschrieben. Planbare Operationen wurden verschoben, wenn es medizinisch vertretbar erschien. Das führt dazu, dass nicht nur den Akutkliniken die Einnahmen wegbrechen, sondern auch vielen der bundesweit rund 1 000 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Ohne OP keine Anschluss-Reha

Denn wenn keine neuen Hüften oder Knie eingesetzt werden, erhalten Patienten auch keine Anschlussrehabilitation. Einrichtungen, die in erster Linie Vorsorgeleistungen erbringen, wurden mancherorts von den Behörden geschlossen. Oder

Patienten traten aus Angst vor Ansteckung eine bewilligte Reha nicht an. „Für uns als Betreiber bedeutet dies, dass die erwartete Auslastung nicht erreicht werden kann und die prognostizierten Einnahmen nicht erzielt werden können“, sagt Dr. med. Silke Brüggemann, Leiterin des Bereichs Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund.

Die Umsatzeinbrüche betreffen die gesamte Rehabranche, allerdings in unterschiedlicher Stärke, erklärt auch Christof Lawall, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED). So spürten manche Einrichtungen die Auswirkungen kaum, weil sie überwiegend Anschlussheilbehandlungen oder -rehabilitationen durchführten und die meisten Patienten direkt aus dem Akutkrankenhaus aufnahm-

Reha ist personalintensiv: Viele Kliniken haben Kurzarbeit beantragt, um keine Mitarbeiter entlassen zu müssen.

men. Andere seien sehr viel stärker betroffen.

Um Einnahmeausfälle infolge der Coronapandemie zumindest zu einem Teil auszugleichen, fallen alle stationären Vorsorge- und Rehaeinrichtungen wie auch die Akutkrankenhäuser unter den eigens dafür aufgespannten Schutzschirm der Bundesregierung (siehe Kasten).

Keine Hilfen für ambulante Reha

Das gilt jedoch nicht für ambulante Rehazentren und reine Privatkliniken, obwohl diese ebenfalls unter den wirtschaftlichen Folgen der Coronaepidemie leiden. Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) fordert deshalb, dass hier dringend nachgebessert werden müsse.

In vielen Fällen kämpften ambulante Rehazentren um ihre Existenz, da Heilverfahren aufgrund dringender Empfehlungen der Leistungsträger derzeit nicht durchgeführt würden und damit sämtliche Einnahmen wegfielen. Mit den noch laufenden Anschlussheilbehandlungen alleine seien ambulante Rehaeinrichtungen nicht wirtschaftlich zu führen. „Ihnen droht damit die kurzfristige Komplettschließung“, warnt der BDPK. Vor diesem Hintergrund sei es aus Sicht des Verbandes legitim, dass die Einrichtungen mithilfe von Kurzarbeit versuchen zu überleben. Im stationären Bereich sei die Situation im Übrigen ähnlich. Einnahmeausfälle würden nur teilweise ausgeglichen. Daraus könne man nur schließen, dass es von der Politik gewollt sei, dass Rehakliniken Kurzarbeit einführen.

„Wenn die Belegung wegfällt, brechen die Umsatzerlöse aus den Rehaleistungen als Einnahmen sofort weg“, sagt auch DEGEMED-Geschäftsführer Lawall. Die betrof-

fenen Einrichtungen müssten dann sehr schnell reagieren. „Medizinische Reha ist ja sehr personalintensiv. Kurzarbeit ist daher in der aktuellen Situation oft die einzige betriebswirtschaftlich vertretbare Option, die hohen Personalkosten schnell und spürbar zu senken“, meint er.

Deutschland steht im Zeichen der Coronaepidemie und Ärzte und Pflegekräfte gehen in Kurzarbeit? Für Dr. med. Susanne Johna, 1. Vorsitzende des Marburger Bundes (MB), ist das schwer nachvollziehbar. „Wenn die Rehabilitationskliniken mit der jetzt zugesagten Finanzierung ihre Kosten nicht abdecken können, ist es berechtigt, wenn die Träger der Kliniken dies gegenüber der Politik und den Kostenträgern transparent machen und die Gegenfinanzierung einfordern“, meint Johna. „Als Ärztin bin ich aber der festen Überzeugung, dass wir Belastungen immer dann am besten meistern können, wenn wir diese auf verschiedene Schultern verteilen.“ Das erfordere den flexiblen Einsatz aller Kräfte, nicht aber Kurzarbeit für die einen und Überlastung für die anderen.

Fortbildung statt Kurzarbeit

Statt Personal in Kurzarbeit zu schicken, hält die MB-Vorsitzende es für sinnvoller, Ärzte und Pflegekräfte für den Notfall fortzubilden. Denn Rehabilitationskliniken seien im Rahmen der Pandemiepläne verpflichtet, für die Aufnahme von COVID-19- oder anderen Akutpatienten in Engpasssituationen zur Verfügung zu stehen. In einigen Bundesländern sei es bereits notwendig gewesen, beispielsweise bei Coronaausbrüchen in Altenpflegeheimen die Bettenkapazität von Rehabilitationseinrichtungen für nicht infizierte Patienten zu nutzen. Mancherorts könne es auch notwendig sein, Kontaktpersonen aufzunehmen, die sich zu Hause nicht isolieren könnten. „Gleichzeitig ist es wichtig, dass Patienten, die beispielsweise aufgrund eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls intensivmedizinisch behandelt werden mussten, nach der Akuttherapie auch rasch in Rehakliniken über-

nommen werden können“, erklärt Johna. Das setze Kapazitäten frei.

Noch werden die Rehakliniken allerdings nicht im großen Stil zur Unterstützung von Akutkrankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen herangezogen. „Wir wissen, dass in einigen Regionen einzelne Einrichtungen mit der Aufnahme von Krankenhauspatienten begonnen haben oder über Kooperationsmodelle mit Krankenhäusern ihrer Region sprechen“, erklärt DEGEMED-Geschäftsführer Lawall. „Nach meinem Eindruck kommen die meisten Krankenhäuser im Augenblick aber noch sehr gut mit der Behandlung der COVID-19-Patienten und aller übrigen Fälle zurecht.“

Er warne zudem vor der Vorstellung, Rehaeinrichtungen seien generell als Auffangnetz für überforderte Krankenhäuser geeignet, sagt Lawall. Die Rehakliniken seien keine Allrounder. Die meisten hätten sich auf die Behandlung bestimmter Erkrankungsbilder spezialisiert. „Und wenn die Rehaeinrichtung bislang vor allem Krebspatienten betreut, muss sie die medizinische Kompetenz und Infrastruktur zur Behandlung zum Beispiel von Schlaganfallpatienten erst aufbauen“, meint er. Ein weiterer limitierender Faktor sei das Pflegepersonal. Denn der Pflegeaufwand sei bei Krankenhauspatienten oder Patienten in der Kurzzeitpflege deut-

lich höher als bei Rehabilitanden, die sich normalerweise in der Einrichtung ohne Unterstützung bewegen und eigenständig den Therapiealltag durchliefen.

Um die verbliebenen Rehapatienten und die Mitarbeiter vor einer Infektion mit dem Coronavirus zu schützen, hätten die Einrichtungen vielfältige Maßnahmen ergriffen, erklärt Lawall. Dazu gehörten Besuchs- und Betretungsverbote für alle, die nichts mit der Reha zu tun hätten, ebenso wie Abstandsregelungen und Hygienevorschriften. Gruppengrößen würden begrenzt und Essenszeiten entzerrt, um dadurch Kontakte zu vermeiden und Infektionsrisiken zu senken.

2020 kein Routinebetrieb mehr

Aber wie steht es um eine Rückkehr zum Routinebetrieb? Die Rate der Coronaneuinfektionen stabilisiert sich. Rein rechnerisch steckt ein Infizierter nur noch 0,9 andere Menschen an. Arztpraxen und Krankenhäuser stellen erste Überlegungen an, die Routineversorgung insbesondere chronisch Kranker wieder aufzunehmen und planbare Eingriffe wieder zu ermöglichen. „Wir sind immer noch am Anfang einer langen Strecke“, sagt dazu die MB-Vorsitzende Johna. „Ein Normalbetrieb wie in der Vor-Corona-Zeit wird in diesem Jahr nicht mehr stattfinden.“

Heike Korzilius

Unterstützung für Rehaeinrichtungen

Die Ausgaben für medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben der unterschiedlichen Sozialleistungsträger lagen zuletzt bei rund 36 Milliarden Euro (Quelle: KBV). Gut die Hälfte der Rehakosten entfiel auf die Sozial- und Eingliederungshilfe. 3,2 Milliarden Euro wandte die Krankenversicherung für Rehaleistungen auf, 4,6 Milliarden die Unfall- und 6,5 Milliarden die Rentenversicherung.

Um Einnahmeausfälle der rund 1 000 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen infolge der Coronapandemie zu kompensieren, sieht das COVID-19-Entlastungsgesetz Ausgleichszahlungen vor. Danach erhalten die Einrichtungen für jedes nicht besetzte Bett einen Betrag in Höhe von 60 Prozent des durchschnittlichen Vergü-

lungssatzes von der gesetzlichen Krankenversicherung. Die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung zahlt 75 Prozent als Ausgleich. Ambulante und rein private Rehaeinrichtungen erhalten keine Zahlungen.

Ausgleichszahlungen fließen auch nach dem Sozialdienstleistungsgesetz. Es gilt für Reha-Einrichtungen, die Verträge mit der Rentenversicherung haben, und soziale Dienste, zum Beispiel Werkstätten für Menschen mit Behinderung (Quelle: Bundesarbeitsministerium). Voraussetzung für die Gewährung von Zuschüssen ist, dass der soziale Dienstleister alle Möglichkeiten ausschöpft, um Arbeitskräfte, Räume und Sachmittel für die Bewältigung der Coronapandemie zur Verfügung zu stellen.