

Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation

Ergebnisse

Themenfeld 1

Gesundheitsversorgung und Medizinische Rehabilitation

Redaktionsgruppe des Konsultationsprozesses:
Dr. Mara Boehle, Dr. Rolf Buschmann-Steinhage,
Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Prof. Michael Seidel, Dr. Martin Warnach (federführend)

[Stand: 17. Juni 2021]

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1 Grundinformationen zu den Adressatengruppen	6
1.1 Adressatengruppe 1 – Betroffene	6
1.2 Adressatengruppe 2 – Angehörige und die von ihnen Betreuten	11
1.2.1 Die Angehörigen.....	11
1.2.2 Die Betreuten	12
1.3 Adressatengruppe 3 – Dienste und Einrichtungen.....	14
1.4 Adressatengruppe 4 – Fach- und Dachverbände	16
1.5 Adressatengruppe 5 – Leistungsträger	16
1.6 Adressatengruppe 6 – Zivilgesellschaft	17
2 Auswirkungen der Corona-Pandemie und deren Folgen auf die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen	17
2.1 Allgemeine Gesundheitsversorgung	17
2.1.1 Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung – Gesamtkollektiv der Betroffenen und die Betroffenen mit hauptsächlichen Problemen in der Gesundheitsversorgung	17
2.1.2 Auswirkungen auf besondere Betroffenengruppen (Menschen mit psychischen Erkrankungen, Schwerstmehrfachbehinderung)	19
2.1.3 Einzelaspekte der Auswirkungen der Pandemie für die Betroffenen	21
2.1.4 Die Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheitsversorgung aus Sicht der Vertreter der Zivilgesellschaft.....	25
2.1.5 Handlungsoptionen	26
2.2 Auswirkungen der Pandemie auf die pflegerische Versorgung der Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen	30
2.2.1 Die ambulante Pflege aus der Sicht der Betroffenen und der Angehörigen	30
2.2.2 Versorgung in stationären Einrichtungen (nicht nur Pflege).....	31
2.2.3 Die pflegerische Versorgung aus der Sicht der Leistungserbringer	32
2.2.4 Die pflegerische Versorgung aus der Sicht der Leistungsträger	34
2.2.5 Handlungsoptionen	34
2.3 Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen mit Heilmittel und Hilfsmittel.....	35
2.3.1 Aus der Sicht der Betroffenen	35
2.3.2 Aus der Sicht der Angehörigen	38

2.3.3	Aus der Sicht der Leistungserbringer	39
2.3.4	Aus der Sicht der Akteure der Zivilgesellschaft.....	41
2.3.5	Handlungsoptionen	41
2.4	Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen mit Funktionstraining und Reha- Sport	42
2.4.1	Aus der Sicht der Betroffenen	42
2.4.2	Aus der Sicht der Leistungserbringer	46
2.4.3	Handlungsoptionen	48
2.5	Die Auswirkungen der Corona-Pandemie und ihrer Folgen auf die medizinische Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen	49
2.5.1	Aus der Sicht der Betroffenen	49
2.5.2	Aus der Sicht der Angehörigen	53
2.5.3	Aus der Sicht der Leistungserbringer	55
2.5.4	Handlungsoptionen	58
2.6	Versorgung im Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung – MZEB	61
2.7	Versorgung in der Psychiatrischen Institutsambulanz – PIA.....	63
3	Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Angehörige, die Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen versorgen.....	64
3.1	Besondere Belastungen der Angehörigen bei der Betreuung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen	64
3.2	Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen der Angehörigen	68
3.3	Welche Unterstützung wünschen sich die Angehörigen für die von ihnen Betreuten und für sich selbst.....	70
3.4	Handlungsoptionen	72
4	Auswirkungen der Corona-Pandemie und ihrer Folgen auf die Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Rehabilitation	74
4.1	Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (einschließlich der medizinischen Rehabilitation) aus der Sicht der Leistungserbringer	75
4.1.1	Schließung von Diensten und Einrichtungen	75
4.1.2	Einschränkungen der Leistungen der Gesundheitsversorgung und der Dienste und Einrichtungen	76
4.1.3	Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Personalsituation – Zusätzliche Belastungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	77
4.1.4	Risikogruppen für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion	81

4.1.5	Behördliche Regelungen, Anordnungen und Hinweise	82
4.1.6	Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden	85
4.2	Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation aus der Sicht der Leistungserbringer.....	85
4.2.1	Belegungseinschränkungen	86
4.2.2	Zur finanziellen Situation der Rehabilitationseinrichtungen.....	88
4.2.3	Zukünftiger Mehrbedarf an Rehabilitationsleistungen	88
4.2.4	Resümee der Leistungserbringer zu den Auswirkungen der Pandemie und ihrer Bekämpfung	89
4.2.5	Behördliche Regelungen	92
4.2.6	Zusammenfassung: Probleme und Lösungen aus Sicht der Leistungserbringer.....	92
4.3	Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation aus der Sicht der Leistungsträger.....	95
4.4	Handlungsoptionen	98
5	Zusammenstellungen der Handlungsoptionen zur Gesundheitsversorgung einschließlich medizinischer Rehabilitation.....	99
6	Danksagung.....	115
7	Materialien aus der Befragung der ersten Phase des Konsultationsprozesses.....	117
8	Verzeichnis der Tabellen	120

Einleitung

Im folgenden Bericht werden die Ergebnisse der Befragung des Konsultationsprozesses „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“ unter dem Aspekt der Gesundheitsversorgung und medizinischen Rehabilitation zusammengefasst. Es sollen in einem ersten Schritt die Auswirkungen der Corona-Pandemie und ihrer Bekämpfung für die Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen, für Angehörige und Bezugspersonen, die Menschen mit diesen Beeinträchtigungen betreuen und versorgen, und für die Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung und medizinischen Rehabilitation dargestellt werden. In einem zweiten Schritt sollen auf der Grundlage einer Zusammenfassung der hauptsächlichen Probleme mögliche Handlungsoptionen für die Politik und die Akteure der Gesundheitsversorgung sowie der medizinischen Rehabilitation diskutiert werden.

Die Pflege wird in dieser Befragung vorrangig im Bereich Soziales Leben berücksichtigt. Dies vor allem deshalb, weil gerade auch pflegebedürftige (jüngere und ältere) Menschen im Rahmen der Pandemie Isolationsmaßnahmen mit Kontakt- und Besuchsverboten unterworfen waren und dies zu Einschränkungen von sozialer Teilhabe in einem bisher nicht vorstellbaren Ausmaß führte.

Zugleich stellt die Corona-Pandemie aber auch eine ganz besondere Herausforderung für die Gesundheitsversorgung pflegebedürftiger Menschen dar. Pflegebedürftige sind vor allem von einem schweren und oft tödlichen Verlauf einer Covid-19-Infektion bedroht. Konnte die Pflege als wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung in der Häuslichkeit oder in stationären Einrichtungen im Verlauf der Pandemie überhaupt noch gewährleistet werden? Auch wenn dieser Aspekt nicht im Fokus der Befragung stand, soll die pflegerische Versorgung im Rahmen der Diskussion über die Gesundheitsversorgung in diesem Berichtsteil, soweit möglich, Berücksichtigung finden.

Am Anfang steht die Beschreibung der Adressatengruppen der Befragung, denen jeweils ein gesonderter Fragebogen vorgelegt wurde:

1. Bürgerinnen und Bürger mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Nutzerinnen und Nutzer von Diensten und Einrichtungen – die **„Betroffenen“**
2. **Angehörige** und wichtige Bezugspersonen der o. g. Zielgruppe
3. Dienste und Einrichtungen – **Leistungserbringer**
4. **Dachverbände** dieser Dienste und Einrichtungen
5. **Leistungsträger** und
6. Institutionen, Organisationen und Personen der **Zivilgesellschaft**.

Bei der Beschreibung der Adressatengruppen stehen die Aspekte der Gesundheitsversorgung und medizinischen Rehabilitation im Vordergrund.

Die Fragebögen waren so angelegt, dass auch Fragebögen, die nur teilweise ausgefüllt wurden, in die Auswertung der Befragung mit einbezogen werden konnten. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung konnten somit auch Fragen oder Fragekomplexe auslassen, ohne dass dies zum Abbruch führte. Aus diesem Grunde und aufgrund von Filterführungen,

mit denen Fragen verknüpft sind und die steuern, wem welche Fragen vorgelegt wurden, ändern sich immer wieder die Anzahl derjenigen, die eine Frage beantworteten. Bei der Auswertung sind daher Prozentangaben immer auf die Gesamtheit der jeweilig Antwortenden zu beziehen.

Die jeweiligen Kapitel enden mit auf die voranstehenden Inhalte bezogenen „Handlungsoptionen“. Sie sind bewusst nicht als Forderungen oder Empfehlungen formuliert, sondern beschreiben Handlungsmöglichkeiten für betroffene Menschen, Angehörige, Leistungserbringer, Leistungsträger, die Exekutive und die Legislative zur Bewältigung der Pandemie. Sie ergeben sich teilweise unmittelbar aus der Befragung, sie sind aber zugleich auch das Ergebnis der Diskussionen in der Experten- und der Redaktionsgruppe. Dabei beansprucht ihre Zusammenstellung keine Originalität oder etwa ganz Neues zu beschreiben. Vielfach sind die aufgeführten Handlungsmöglichkeiten bereits anderweitig formuliert und von Leistungserbringern, Leistungsträgern und anderen Akteuren im Gesundheitswesen mehr oder weniger umgesetzt. Der Konsultationsprozess zeigt jedoch, dass dies nicht regelhaft geschieht bzw. ihre Umsetzung häufig nicht bei den betroffenen Menschen ankommt. Insofern stellen die Handlungsoptionen auch eine Handlungsaufforderung für alle Akteure dar im Sinne ihrer Prüfung, Diskussion oder Umsetzung. Nicht zuletzt muss berücksichtigt werden, dass Handlungsoptionen angesichts der Dynamik der Pandemie und ihrer Bekämpfung teils als vorläufig zu charakterisieren sind.

1 Grundinformationen zu den Adressatengruppen

1.1 Adressatengruppe 1 – Betroffene

Der Betroffenen-Fragebogen war gegliedert in einen allgemeinen Teil, in dem auch soziodemographische Daten erhoben wurden, und in drei spezielle Teilbereiche: Gesundheitsversorgung, Erwerbsleben und Bildung/Erziehung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung sollten sich diesen speziellen Teilbereichen zuordnen, wenn bei ihnen selbst oder dem Kind bzw. der/dem Jugendlichen als betroffener Person in diesem Bereich besonders wichtige Probleme im Rahmen der Pandemie aufgetreten waren. Dann wurden ihnen durch Filterungen im Fragebogen spezielle Fragen zu dem jeweiligen Bereich vorgelegt. Es war möglich, mehrere dieser Bereiche gleichzeitig als relevant anzukreuzen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich keinem dieser drei Bereiche zuordnen konnten oder wollten, wurden aufgefordert, die allgemeinen Fragen des Fragebogens zu beantworten. Von 3.508, die die entsprechende Frage beantworteten, entschieden sich 1.963 (56 %) für den Bereich Gesundheitsversorgung, 1.754 (50 %) für den Bereich Erwerbsleben, 678 (19,3 %) für Bildung und Erziehung und 538 (15,3 %) ordneten sich keinem dieser Bereiche zu (wegen Mehrfachnennungen Summe über 140 %).

Tabelle 1 (B – V3) Hauptsächliche Problembereiche der Betroffenen

	Anzahl	%
Bereich der Gesundheitsversorgung	1.963	56,0 %
Bereich des Erwerbslebens	1.754	50,0 %
Bereich Bildung und Erziehung	678	9,3 %

Keiner dieser drei Bereiche	538	15,3 %
Gesamt	3.508	140,6 %

Allgemeiner und spezieller Teil des Betroffenen-Fragebogens

Fragen und Probleme der allgemeinen Gesundheitsversorgung, wie sie im Verlaufe der Pandemie und ihrer Bekämpfung aufgetreten waren, u. a. medizinisch-ärztliche Versorgung, Heil- und Hilfsmittelversorgung und Pflege, betreffen naturgemäß alle Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen, wenn auch in unterschiedlichem Maße. Sie werden im allgemeinen Teil des Betroffenen-Fragebogens behandelt; dementsprechend werden bei der Auswertung zu diesen Fragekomplexen die Antworten aller Betroffenen einbezogen.

Im speziellen Teil des Betroffenen-Fragebogens, der nur den 1.963 Teilnehmenden vorgelegt wurde, die die Gesundheitsversorgung als ihren hauptsächlichen Problembereich angegeben hatten, stehen detaillierte Fragen zur Nutzung bzw. beabsichtigten Nutzung von Einrichtungen und Diensten der medizinischen Rehabilitation oder anderer Dienste der Krankenversorgung im Vordergrund. Unter „anderen Diensten der Krankenversorgung“ sind aufgeführt: Funktionstraining und Reha-Sport, Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) und Psychiatrische Institutsambulanz (PIA). (Siehe Frage B –V52). Die Ergebnisse dieses Teils der Befragungen werden gesondert dargestellt, was nicht ausschließt, dass auch Ergebnisse des allgemeinen Teils miteinbezogen werden.

Die zunächst auch in diesem speziellen Teil der Gesundheitsversorgung aufgenommenen Einrichtungen/Dienste: Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) und interdisziplinäre Frühförderung werden zusammen mit den Daten aus dem Bereich Bildung und Erziehung dargestellt und ausgewertet; diese Zuordnung hat sich inhaltlich/fachlich als zielführender erwiesen.

Das Gesamtkollektiv der Betroffenen

Insgesamt haben sich 3.684 Menschen an der Befragung beteiligt, die übergroße Mehrheit waren Erwachsenen, der Anteil der Kinder und Jugendlichen betrug nur rund 3 %. Rund 94 % der Teilnehmenden füllten den Fragebogen als Erwachsene (18 Jahre und älter) mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen selbstständig, knapp 3 % stellvertretend für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17. Lebensjahr und weitere 3 % stellvertretend für betroffene Erwachsene mit Behinderung, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischer Erkrankung aus. Knapp 4 % der betroffenen Erwachsenen, die ihren Fragebogen selbst ausfüllten, hatten dies mit Assistenz bzw. Unterstützung getan

Von den 3.581 Betroffenen, die die Frage nach ihrem Geschlecht beantworteten, waren rund 65 % weiblich, 33 % männlich, knapp ein Prozent divers.

Bei etwas mehr als 90 % (N = 3.622) handelte es sich um Erwachsene zwischen 18 und 69 Jahre, rund 3 % waren Kinder und Jugendliche bis zum 17. Lebensjahr, gut 6 % waren 70 Jahre und älter. Bei weniger als 4 % war Deutsch nicht die Muttersprache (128 von 3.600).

Die übergroße Mehrzahl der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen lebte in einer Privatwohnung/Haus (von 3.623 Antwortenden 3.396, = 93,7 %), 105 (2,9 %) lebten in einer Wohngruppe oder einem Betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderungen oder Senioren, 58 (1,6 %) in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung einschließlich Internat, 12 (0,3 %) in einem Pflegeheim. Mit dieser Verteilung sind die Menschen mit Behinderungen, die in einer Einrichtung/Heim leben, und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner leider nur sehr wenig repräsentiert. Die Erwachsenen leben zu 28,0 % allein (1.006 von 3.388, die diese Frage beantworteten), zu 50,9 % (1.895) mit Partner oder Partnerin, zu 15,4 % (533) mit Kind/ern, zu 8,6 % (310) mit Eltern/Elternteil und zu 8,2 % (294) in einer Wohngemeinschaft; weitere 59 Erwachsene gaben ihre Wohnsituation mit „Sonstiges“ an. Dabei handelte es sich vor allem um private Wohngemeinschaften und Studierendenwohnheime. (Ferner „keine Antwort“ mit 39; es waren Mehrfachnennungen möglich, sodass das Gesamt mehr als 100 % ergibt.)

Von den 96 Kindern leben 78 (81,3 %) bei ihren Eltern, 15 weitere bei einem Elternteil oder bei Großeltern und drei Kinder in einer Wohngemeinschaft oder Heim.

Bei der Frage nach chronischen Erkrankungen hatten die 3.493 Betroffenen, die antworteten, insgesamt 6.326 chronische Erkrankungen angegeben (Mehrfachnennungen waren möglich); dies entsprach durchschnittlich 1,8 chronischen Erkrankungen pro Person. Nur 254 der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (7,3 %) hatten keine chronische Erkrankung. Besonders hohe Anteile gab es bei den Gelenk- oder Wirbelsäulen-Erkrankungen, einschl. Rheuma mit 44,7 % und den psychischen Erkrankungen mit 30,5 %. Es folgten Erkrankungen des Nervensystems mit 21,5 %. Oftmals in ihrer Größenordnung unterschätzt werden die chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen; in unserem Kollektiv wurden sie von mehr als jedem Fünften angegeben (20,8 %). Herz-Kreislaufkrankungen wurden in 18,0 %, Stoffwechselerkrankungen in 16,3 % und Krebserkrankungen in 6,6 % genannt. Unter den „Anderen chronischen Erkrankungen“ (15,3 %) fanden sich vor allem chronische Erkrankungen des Magen-/Darm-Trakts, des blutbildenden Systems und angeborene Erkrankungen – genetisch und nichtgenetisch bedingt (Siehe Tabelle 2 B – V6).

Tabelle 2 (B – V6) Chronische Erkrankungen gesamt

N = 3.493 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Gelenk- oder Wirbelsäulen-Erkrankung einschl. Rheuma	1.561	44,7 %
Herz-/Kreislaufkrankung	629	18,0 %
Stoffwechselerkrankung z. B. Diabetes mellitus	570	16,3 %
Erkrankung des Nervensystems (z. B. Cerebralparese, Spina bifida, Schädel -Hirn-Verletzung, Schlaganfall, Multiple Sklerose)	750	21,5 %
Krebserkrankung	232	6,6 %
Psychische Erkrankung	1.067	30,5 %
Chronische Atemwegs- oder Lungenerkrankung	727	20,8 %
Andere chronische Erkrankung	536	15,3 %
Keine chronische Erkrankung	254	7,3 %
Gesamt	3.493	181,1 %

Formen der Behinderung und Grad der Behinderung – GdB

Die 3.584 Betroffenen, die die Frage nach einer Behinderung und der Art ihrer Behinderung beantworteten, gaben durchschnittlich 1,35 Behinderungen an. Davon waren über die Hälfte Körperbehinderungen (1.998, 55,7 %). Zweithäufigste waren seelische Behinderungen mit 18,1 % (649). Starke Sehbehinderungen bis Blindheit machten 12,4 % (446), starke Hörbehinderungen bis Taubheit 6,1 % (220) aus. Lern- und Intelligenzbehinderungen wurden in 4,9 % (177) bzw. 4,7 % (169) der Fälle angegeben, Schwerstmehrfachbehinderungen mit 3,2 % (113). Entwicklungsverzögerung, Teilleistungsstörung und „andere Behinderungen“ wurden in rund 1 % oder weniger der Fälle genannt. Zumindest in dieser Größenordnung überraschend gaben 759 (21,2 %) an, dass sie sich als chronisch-krank, aber nicht als behindert empfinden (hierzu weitere Ausführungen unten S. 10).

Bei den Kindern und Jugendlichen von 0 – 17 Jahren standen neben den Körperbehinderungen (38,7 %) Intelligenzminderung (45,9 %), Entwicklungsstörung (42,3 %), Lernbehinderung (34,2 %) und seelische Behinderung (16,2 %) im Vordergrund. Unter den Kindern/ Jugendlichen lag der Anteil mit Schwerstmehrfachbehinderungen bei 12,6 %. (Siehe Tabelle 3 B – V7.)

Tabelle 3 (B – V7) Form der Behinderung gesamt – Gesamtkollektiv und Kinder/ Jugendliche

N = 3.584 Mehrfachnennungen möglich	Gesamtkollektiv		Kinder und Jugendliche von 0 – 17 Jahren	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Körperliche Behinderung oder Beeinträchtigung	1.998	55,7 %	43	38,7 %
Sinnesbehinderung: starke Sehbehinderung oder Blindheit	446	12,4 %	13	11,7 %
Sinnesbehinderung: starke Schwerhörigkeit oder Taubheit	220	6,1 %	3	2,7 %
Lernbehinderung	177	4,9 %	38	34,2 %
Intelligenzminderung, sog. geistige Behinderung	169	4,7 %	51	45,9 %
Seelische Behinderung	649	18,1 %	18	16,2 %
Schwerstmehrfachbehinderung	113	3,2 %	14	12,6 %
Entwicklungsverzögerung	47	1,3 %	47	42,3 %
Teilleistungsstörung	13	0,4 %	11	9,9 %
Andere Behinderung	27	0,8 %	3	2,7 %
Keine Behinderung	233	6,5 %	9	8,1 %
Empfindung als chronisch krank, aber nicht als behindert	759	21,2 %	2	1,8 %
Gesamt	3.584	135,4 %	111	226,8 %

Den 233 Personen, die in der vorigen Frage V7: „keine Behinderung“ angegeben hatten, wurde die folgende Frage nach einem anerkannten Grad der Behinderung (GdB) nicht gestellt. Abgezogen werden müssen zusätzlich 77 fehlende Antworten. Von den Betroffenen beantworteten daher nur 3.274 die Frage, ob bei ihnen eine anerkannte (Schwer-)Behinderung im Sinne eines GdB vorliegt. Von diesen 3.274 hatten 414 (12,6 %) keinen GdB. 73,0 % (2.391)

gelten als schwerbehindert (GdB von 50 und mehr). Die Verteilung ist aus der Tabelle 4 B – V8 ersichtlich.

Tabelle 4 (B – V8) Grad der Behinderung (GdB)

	Anzahl	%
1 Nein	414	12,6 %
2 Ja, GdB von 30 (bis unter 50)	469	14,3 %
3 Ja, GdB von 50 (bis unter 70)	971	29,7 %
4 Ja, GdB von 70 (bis unter 90)	469	14,3 %
5 Ja, GdB von 90 bis 100	951	29,0 %
Gesamt	3.274	100,0 %

Da im Zentrum unserer Befragung steht, ob und wie Menschen mit Behinderung, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen in besonderer Weise von der Pandemie und ihrer Bekämpfung gerade auch im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen betroffen waren und sind, ist eine gut begründete Unterscheidung zwischen diesen beiden Gruppen nötig. Wie oben schon erwähnt, hatten – nach Art der Behinderung gefragt (V7) – 759 (21,2 %) der Antwortenden die Antwortoption: „*Empfindung als chronisch-krank, aber nicht als behindert*“ angekreuzt. Es ist bekannt, dass sich Menschen selbst mit fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen nicht als behindert sehen oder sehen wollen, z. B. weil dies nicht ihrem Selbstbild entspricht oder weil sie als „Behinderte“ Diskriminierung befürchten. Wie sind nun diese Personen, die hinter diesen 759 Nennungen stehen, für unsere weiteren Betrachtungen einzuordnen – sind sie als Menschen mit Behinderungen anzusehen oder nicht? Die nähere Betrachtung zeigt, dass sie neben der Antwort V7=11 (*Empfindung chronisch-krank, aber nicht behindert*) teilweise zusätzlich andere Behinderungen (354 Nennungen) angegeben hatten – es waren ja Mehrfachnennungen möglich. Menschen mit chronischen Erkrankungen sind nach §§ 3 Abs. 1, 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX rechtlich als Menschen mit Behinderungen anzusehen.

Nachfolgend soll auch betrachtet werden, ob die Antworten und Bewertungen der Personen, die sich nicht als behindert empfinden, im Rahmen dieser Erhebung signifikant von denen der Menschen, die sich als behindert ansehen, abweichen. Aus diesem Grunde sollen für einige Betrachtung, wenn es um Vergleiche zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen geht, diejenigen als „ohne Behinderung“ gelten, die zum einen in Frage B – V7 „*keine Behinderung*“ angegeben haben (das sind 233) und bei denen zum zweiten kein GdB (bzw. ein GdB unter 30) vorliegt, auch wenn sie in der Frage B – V7 eine Behinderung angegeben hatten (N = 414). In Summe sind dies 647 von 3.584 (18,1 %). Nach diesen Kriterien ist damit das Vorliegen eines GdB von 30 und mehr für Menschen mit Behinderung vorausgesetzt; diese machen mit 2.937 von 3.584 (81,9 %) aus.

Tabelle 5 (V7 neu) Formen der Behinderungen

N = 3.584 Mehrfachnennungen möglich		
	Anzahl	%
Körperliche Behinderung oder Beeinträchtigung	1.899	53,0 %
starke Sehbehinderung oder Blindheit	436	12,2 %

starke Schwerhörigkeit oder Taubheit	214	6,0 %
Lernbehinderung	158	4,4 %
Intelligenzminderung, sog. geistige Behinderung	167	4,7 %
Seelische Behinderung	561	15,7 %
Schwerstmehrfachbehinderung	113	3,2 %
Entwicklungsverzögerung	47	1,3 %
Teilleistungsstörung	12	0,3 %
Andere Behinderung: ...	26	0,7 %
Empfindung als chronisch krank, aber nicht als behindert	493	13,8 %
Keine Behinderung (ohne GdB) **)	647	18,1 %
Gesamt	3.584*)	133,2 %

*) Insgesamt 100 fehlende Antworten

***) Keine Behinderung (ohne GdB): darunter sind alle Fälle gefasst mit der Angabe „keine Behinderung“ und bei denen gleichzeitig kein GdB vorliegt (auch wenn eine Behinderung genannt wurde)

Pflegebedürftigkeit

Die Frage, ob eine anerkannte Pflegebedürftigkeit vorliegt, beantworteten 3.611 der Betroffenen. Bei jedem Fünften (733, 20,3 %) liegt eine anerkannte Pflegebedürftigkeit vor. Die Pflegegrade verteilen sich bei 716 Antwortenden folgendermaßen:

Tabelle 6 (B – V10) Verteilung der Pflegegrade

Pflegegrad	Anzahl	%
Pflegegrad 0	3	0,4 %
Pflegegrad 1	97	13,5 %
Pflegegrad 2	247	34,5 %
Pflegegrad 3	200	27,9 %
Pflegegrad 4	105	14,7 %
Pflegegrad 5	64	8,9 %
Gesamt	716	100,0 %

1.2 Adressatengruppe 2 – Angehörige und die von ihnen Betreuten

1.2.1 Die Angehörigen

Insgesamt liegen 1.124 Fragebögen von Angehörigen und Bezugspersonen vor, die Menschen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen betreuen.

Entsprechend der allgegenwärtigen Genderdifferenz in der Versorgung/Betreuung waren nur 251 der Angehörigen Männer (22,8 %); 844 waren Frauen (76,8 %), 4 gaben ein diverses Geschlecht an (0,4 %) (Gesamtanzahl der Antwortenden 1.099). Es handelte sich in 93,6 %

um Erwachsene im Alter von 18-69 Jahren, 6,4 % waren 70 Jahre und älter. 81,0 % (von 1.100 Antwortenden) waren verheiratet oder lebten in Partnerschaft, die anderen waren alleinlebend, geschieden oder verwitwet.

Während nur bei 5 der Angehörigen eine anerkannte Pflegebedürftigkeit vorlag, hatten 140 eine anerkannte Behinderung (33 mit GdB von 20 bis unter 50, 73 mit GdB 50 bis 70, 32 mit GdB über 70 bis 100, 2 fehlende Antworten). Genannt wurden vor allem Körperbehinderung (118), seelische (51) und Sinnesbehinderung (22), Mehrfachantworten waren möglich.

Über zwei Drittel der Angehörigen sind in Voll- oder Teilzeit beschäftigt (327, 30,2 % in Vollzeit, 414, 38,2 % in Teilzeit), weitere 4,4 % (48) geringfügig beschäftigt; sie leisteten also die Betreuung neben ihrer Erwerbstätigkeit. 272 (25,1 %) sind nicht erwerbstätig, 23 (2,1%) arbeitslos.

Tabelle 7 (A –V93) Erwerbstätigkeit der betreuenden Personen

	Anzahl	%
Vollzeit	327	30,2 %
Teilzeit	414	38,2 %
geringfügig beschäftigt	48	4,4 %
arbeitslos	23	2,1 %
nicht erwerbstätig	272	25,1 %
Gesamt	1.084	100,0%

1.2.2 Die Betreuten

Von den **betreuten Menschen** waren 564 männlich (50,9 %) und 539 weiblich (48,6 %), bei 5 Betreuten wurde ein diverses Geschlecht angegeben (0,5 %). Bei 16 Bögen fehlten Angaben zum Geschlecht.

Die Altersverteilung zeigte rund 21% Kinder und Jugendliche, rund 50 % Erwachsene zwischen 18 und 69 Jahre und 19 % Erwachsene im Alter von 70 und älter.

Tabelle 8 (A – V3) Alter der Betreuten

	Anzahl	%
0 bis 10 Jahre	148	13,2 %
11 bis 17 Jahre	199	17,7 %
18 bis 29 Jahre	207	18,4 %
30 bis 69 Jahre	353	31,4 %
70 Jahre oder älter	216	19,2 %
Gesamt	1.123	100,0 %

Dabei handelte sich um 49 Kinder in Vorschulalter (4,4 %), 95 Kinder in der 1. – 4. Schulklasse (8,5 %), um 204 Kinder/Jugendliche ab der 5.Klasse bis 17 Jahre (18,1 %). (N = 1.098, 26 fehlende Antworten). Die Geschlechtsverteilung der Kinder und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren war abweichend zum Gesamtkollektiv zu 61,2 % männlich, zu 38,6 % weiblich; das Geschlecht eines Kindes war divers.

Angaben zum Vorliegen einer chronischen Erkrankung wurden bei 998 Betreuten gemacht. Im Vergleich zu den Befragten des Betroffenenfragebogens fiel die Verteilung der chronischen Erkrankungen anders aus. Keine chronische Erkrankung hatten 223 (22,3 %) der Betreuten, dies waren 15 %-Prozentpunkte mehr. Chronische Nervenerkrankungen waren mit 28,7 % am häufigsten, erst dann folgten Gelenk- oder Wirbelsäulen-Erkrankung mit 26,5 % und psychische Erkrankungen mit 22,4 %. Bei den Betreuten lag der Anteil der Atemwegs- und Lungenerkrankungen mit 12,8 % um 8 %-Prozentpunkte niedriger als bei den „Betroffenen“ (im Detail siehe Tabelle 9 A-V7).

Tabelle 9 (A-V7) Chronische Erkrankungen der von Angehörigen Betreuten – Verteilung der chronischen Erkrankungen. Im Vergleich: die Verteilung im Fragebogen (FB) „Betroffene“

N = 998 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%	% im FB Betroffene
Gelenk- oder Wirbelsäulen-Erkrankung einschl. Rheuma	264	26,5 %	44,7 %
Herz-/Kreislaufkrankung	214	21,4 %	18,0 %
Stoffwechselkrankheit	120	12,0 %	16,3 %
Erkrankung des Nervensystems (z. B. Schädel-Hirn-Verletzung, Schlaganfall, Multiple Sklerose)	286	28,7 %	21,5 %
Krebserkrankung	53	5,3 %	6,6 %
Psychische Erkrankung	224	22,4 %	30,5 %
Chronische Atemwegs- oder Lungenerkrankung	128	12,8 %	20,8 %
Andere chronische Krankheit: ...	118	11,8 %	15,3 %
Keine chronische Krankheit	223	22,3 %	7,3 %
Gesamt	998	163,3 %	181,1 %

„Andere chronische Krankheiten“ waren insbesondere angeborene Fehlbildungen/Chromosomenanomalien, chronische Magen-/Darmerkrankungen und Autoimmunerkrankungen.

Nur bei 37 (3,3 %) der Betreuten lag keine Behinderung vor. Im Durchschnitt wurden knapp 1,8 Behinderungen je betreute Person genannt; vor allem waren dies Körperbehinderung mit 50,1 % und sog. geistige Behinderung mit 40,9 %.

Tabelle 10 (A-V8) Form der Behinderungen der Betreuten

N = 1.114 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Körperbehinderung	558	50,1 %
Sinnesbehinderung	224	20,1 %
Lernbehinderung	163	14,6 %
Sog. geistige Behinderung	456	40,9 %
Seelische Behinderung	253	22,7 %
Schwerstmehrfachbehinderung	200	18,0 %
Andere Behinderung: ...	59	5,3 %
Keine Behinderung	37	3,3 %
Gesamt	1.114	175,9 %

Von den Betreuten mit einer Behinderung machten 1.050 Angaben zum Vorliegen einer anerkannten Schwerbehinderung; 974 (92,8 %) hatten eine anerkannte Schwerbehinderung, mehrheitlich mit einem hohen GdB. Dieser verteilte sich wie folgt:

GdB	ohne GdB	30 bis unter 50	50 bis unter 70	70 bis 100
Anzahl	76	26	134	814
%	7,2 %	2,5 %	12,8 %	72,4 %

Anerkannt pflegebedürftig sind von den 1.089 Betreuten, die diese Frage beantworteten, 915 (84,0 %). Im Vergleich zu dem Kollektiv der Betroffenen war der Anteil der Menschen mit Pflegebedürftigkeit rund vier Mal höher. Die Pflegegrade verteilen sich bei den 894 Bögen mit einer Angabe dazu wie folgt:

Tabelle 11 (A-V12) Pflegegrade der Betreuten

Pflegegrad	0	1	2	3	4	5
Anzahl	2	40	162	278	219	193
%	0,2 %	4,5 %	18,1 %	31,1 %	24,5 %	21,6 %

Über 77 % hatten einen Pflegegrad 3 – 5; damit war eine deutliche Mehrheit der Betreuten schwer- oder sogar schwerstpflegebedürftig.

Die Wohnorte der Betreuten waren folgender Maße verteilt:

Tabelle 12 (A – V4) Die betreute Person wohnt normalerweise

	Anzahl	%
im selben Haushalt	606	54,2 %
in einem anderen Haushalt (z. B. bei den Großeltern)	32	2,9 %
in einer eigenen Wohnung (evtl. mit Assistenz)	156	1,0 %
in einem Betreuten Wohnen oder einer Wohngemeinschaft	55	5,0 %
in einem Internat	11	1,0 %
in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung	161	14,4 %
in einem Pflegeheim	77	6,9 %
Sonstiges	21	1,9 %
Gesamt	1.119	100,0%

1.3 Adressatengruppe 3 – Dienste und Einrichtungen

In den 1.325 auswertbaren Fragebögen der Leistungserbringer wurde die Frage, welchem Bereich (Gesundheitsversorgung, Arbeitsleben, Bildung und Erziehung, soziales Leben) sich die Dienste und Einrichtungen zuordnen, von 1.278 beantwortet. Dem Bereich der Gesundheitsversorgung ordneten sich 224 (17,5 %) zu. Dies waren im Einzelnen (Mehrfachnennungen waren möglich):

Tabelle 13 (E –V2) Die Dienste und Einrichtungen des Bereichs Gesundheitsversorgung

N = 223 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Stationäre medizinische Rehabilitation	64	28,7 %
Ambulante medizinische Rehabilitation	54	24,2 %
Mobile medizinische Rehabilitation	8	3,6 %
Anbieter von Funktionstraining oder Rehabilitationssport	39	17,5 %
Anbieter von Interdisziplinäre Frühförderung (insb. Frühförderstellen)	42	18,8 %
Heilmittelerbringer (Physiotherapie, Ergo- oder Logopädie)	24	10,8 %
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	27	12,1 %
Medizinisches Zentrum für Erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB)	2	0,9 %
Medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase II)	8	3,6 %
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	6	2,7 %
Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK)	12	5,4 %
Keine Antwort trifft zu	7	3,1 %
Gesamt	223	131,4 %

Unter den Diensten und Einrichtungen erbringen folgende Einrichtungen Leistungen zur medizinischen bzw. medizinisch-beruflichen Rehabilitation: Stationäre, ambulante und mobile Rehabilitation, die Medizinisch-berufliche Rehabilitation und die Rehabilitationseinrichtungen für psychische Kranke – insgesamt 146 Einrichtungen. 39 waren Anbieter von Funktionstraining oder Reha-Sport, 24 Heilmittelerbringer, ferner 2 Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) und 6 Psychiatrische Institutsambulanzen. Auf die Interdisziplinäre Frühförderung und die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) wird (wie ja auch bei den Daten des Betroffenen-Fragebogens) im Bereich Bildung und Erziehung eingegangen.

Die Fragebögen wurden zu zwei Dritteln von den Leitungen oder in ihrem Auftrag bearbeitet (148 von 223). In rund 30 % waren es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschließlich Gruppenleitungen und Fachdienste, ferner 5 Schwerbehindertenvertreterinnen und Schwerbehindertenvertreter, 4 Mitarbeitervertretungen und 1 Betriebsarzt oder -ärztin (siehe Tabelle 14 E – V6_1).

Tabelle 14 (E – V6_1) Funktionen der Antwortenden in den Diensten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

N = 223 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Leitung oder im Auftrag der Leitung für den Dienst/die Einrichtung	148	66,4 %
Mitarbeiter Ebene (einschl. Gruppenleitungen und Fachdienste)	68	30,5 %
Schwerbehindertenvertreter(in)	5	2,2 %
Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung	4	1,8 %
Betriebs-/Werksarzt	1	0,4 %
Inklusionsbeauftragte(r)	0	0,0 %
keine Antwort trifft zu	3	1,3 %
Gesamt	223	102,7 %

Relevant für diesen Berichtsteil sind auch Dienste und Einrichtungen der Pflege, die ansonsten dem Bereich des Sozialen Lebens zugeordnet sind. Dabei stehen die Aspekte der Pflege im Vordergrund, die einen wichtigen Part zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronische Erkrankungen einnehmen, also wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung sind. Es gab 18 Rückmeldungen von stationären Pflegeeinrichtungen und 13 von ambulanten Pflegediensten.

1.4 Adressatengruppe 4 – Fach- und Dachverbände

Seitens der Dachverbände gab es insgesamt 39 Rückmeldungen. 26 Dachverbände ordneten sich dem Bereich der Gesundheitsversorgung zu. Im Einzelnen vertreten sie folgende Einrichtungen und Dienste – Mehrfachnennungen waren möglich:

Tabelle 15 (D – V1) Dachverbände von Diensten und Einrichtungen

	Anzahl
Stationäre Rehabilitation	12
Ambulante Rehabilitation	6
Mobile Rehabilitation	3
Anbieter von Funktionstraining und Reha-Sport	10
Anbieter von interdisziplinärer Frühförderung bzw. Frühförderstellen	5
Heilmittelerbringer (Physio-, Ergotherapie, Logopädie)	1
Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	1
Medizinische Zentren für Menschen mit Behinderung (MZEB)	2
Medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase II)	0
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	0
Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)	1

Relevant sind ferner 7 Verbände, die (auch) Einrichtungen der stationären Pflege, und 8 Verbände, die ambulante Pflegedienste vertreten.

Wegen der geringen Anzahl sind keine quantitativen Aussagen sinnvoll. Die Statements und Einschätzungen der Verbände werden in diesen Bericht nur zusammen mit denen der Leistungserbringer themenbezogen mitaufgenommen.

1.5 Adressatengruppe 5 – Leistungsträger

Als fünfte Adressatengruppe waren Reha-Träger im Sinne des SGB IX, Träger von allgemeinen Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, Integrationsämter, Jobcenter und sowie Pflegekassen gebeten, den entsprechenden Fragebogen auszufüllen. Drei Viertel der antwortenden Leistungsträger (144 von 244, 59,0 %) sind (u. a.) für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig.

Die Trägergruppen, die für die medizinische Rehabilitation zuständig sind, sind vor allem die gesetzliche Krankenversicherung, die Renten- und Unfallversicherungen. An der Befragung beteiligten sich 18 Vertreter der Krankenversicherung, 26 Vertreter der Rentenversicherung

und 31 Vertreter der Unfallversicherung. Vertreter von Pflegekassen hatten sich nicht an der Befragung beteiligt.

1.6 Adressatengruppe 6 – Zivilgesellschaft

Unter den 177 Antwortenden aus dem Bereich der Zivilgesellschaft waren mit 76 (42,9 %) die Betroffenen- bzw. Selbsthilfeorganisationen die größte Gruppe. Ferner finden sich hier Vertreterinnen und Vertreter als auch Expertinnen und Experten aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, die direkt oder indirekt mit der Gesundheitsversorgung und mit der Problematik von Menschen mit Behinderungen verbunden sind. Deren Sichtweise wird in der folgenden Betrachtung des Bereichs der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen einfließen.

Tabelle 16 (Z – V1) Zuordnung der Antwortenden zu Bereichen der Zivilgesellschaft

	Anzahl	%
Betroffenen-/Selbsthilfeorganisation	76	42,9 %
Wohlfahrtsverband	15	8,5 %
Wissenschaftliche Fachgesellschaft	4	2,3 %
Politik	4	2,3 %
Öffentlicher Gesundheitsdienst	6	3,4 %
Sozialpartner	9	5,1 %
Experte/Expertin für die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung	22	12,4 %
Anderer Bereich	41	23,2 %

2 Auswirkungen der Corona-Pandemie und deren Folgen auf die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen

2.1 Allgemeine Gesundheitsversorgung

2.1.1 Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung – Gesamtkollektiv der Betroffenen und die Betroffenen mit hauptsächlichen Problemen in der Gesundheitsversorgung

Eine wesentliche Fragestellung der Befragung lautete, ob und inwieweit die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen im Verlauf der Corona-Pandemie gewährleistet war. Nur ein knappes Drittel (31,7 %) aller Betroffenen (von 3.573, die die Frage beantworteten) gab an, dass die Corona-Pandemie keine wesentliche Auswirkung auf ihre Gesundheitsversorgung bzw. die der Kinder oder Jugendlichen hatte.

Die anderen 68,3 % gaben als Beeinträchtigung ihrer gesundheitlichen Versorgung folgende Aspekte an (Mehrfachnennungen waren möglich): Der Zugang zum Hausarzt war bei 1.270 Menschen (35,5 %) erschwert, bei den Fachärzten lag der Anteil sogar bei 40,6 %. Den

Zugang zum Krankenhaus erlebten 603 (17,7 %) als erschwert. Bei notwendigen Untersuchungen kam es bei 23,2 % zur Verschleppung, zu Behandlungsverzögerungen bei 28,3 % (828 bzw. 1.010). Bei 184 (5,3 %) der Befragten war es zur Verschleppung notwendiger Eingriffe gekommen. Auch der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung war bei fast einem Fünftel erschwert (661 = 18,5 %). Auch die psychiatrischen Institutsambulanzen und MZEB waren teils oder zeitweise nicht verfügbar.

Die Betroffenen, die ihre hauptsächlichen Probleme im Bereich der Gesundheitsversorgung sahen, haben naturgemäß mit 76,9 % häufiger negative Auswirkungen für ihre Gesundheitsversorgung im Rahmen der Corona-Pandemie mitgeteilt. Besonders häufig gaben sie einen erschweren Zugang zur fachärztlichen Versorgung (48,9 %) und Behandlungsverzögerungen (35,9 %) an.

Männer (des Gesamtkollektivs) sahen für sich mit 62,0 % seltener (negative) Auswirkungen auf ihre Gesundheitsversorgung, während Frauen dies mit 71,5 % häufiger angaben. Die Unterschiede zwischen Männer und Frauen waren auffällig beim erschweren Zugang zur fachärztlichen Versorgung (Männer 35,8 %, für Frauen 42,6 %) und beim Zugang zu Psychotherapie (Männer 14,3 %, Frauen im Vergleich 20,2 %).

Tabelle 17 (B-V15) Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitsversorgung

	Alle Betroffenen N = 3.573		Die Betroffenen mit Hauptproblem im Bereich Gesundheitsversorgung N = 1.921	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Keine Auswirkungen	1.132	31,7 %	443	23,1 %
Der Zugang				
... zum Hausarzt erschwert	1.270	35,5 %	766	39,9 %
... zum Facharzt	1.451	40,6 %	939	48,9 %
... zur Psychotherapie	661	18,5 %	437	22,7 %
... zum Krankenhaus	633	17,7 %	437	22,7 %
... zum MZEB	51	1,4 %	32	1,7 %
... zur Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)	152	4,3 %	111	5,8 %
... zum Sozialpädagogischen*) Zentrum (SPZ)	47	1,3 %	29	1,5 %
... zur Frühförderstelle*)	17	0,5 %	10	0,5 %
Verschleppung von Untersuchungen	828	23,2 %	543	28,3 %
Behandlungsverzögerungen	1.010	28,3 %	689	35,9 %
Verschleppung von Eingriffen	184	5,1 %	123	6,4 %
Andere Auswirkungen	322	9,0 %	217	11,3 %
Gesamt	3.573	217,1 %	1.921	248,6 %

*) SPZ und Frühförderung werden im Teil: Bildung und Erziehung berücksichtigt.

Bei den 33 Betroffenen, die ihr Geschlecht als divers angaben, dürften die Versorgungsprobleme am größten sein, allerdings ist die Aussagekraft der Daten bei der geringen Fallzahl nur eingeschränkt. Bei ihnen war besonders der Zugang zur ärztlichen Versorgung (Hausarzt in 18 von 33, 54,5 %, Facharzt in 23 von 33, 69,7 %) und der Zugang zur Psychotherapie (16, 48,5 %) sehr häufig erschwert. Auch gaben sie mit über einem Drittel häufiger Verschleppung von Untersuchungen an (12 von 33, 36,4 %); zur Verschleppung notwendiger Eingriffe kam es bei 5 Personen – anteilmäßig gesehen ist dies im Vergleich zum Gesamtkollektiv deutlich häufiger. Nur 7 Personen berichteten über keine negativen Auswirkungen auf ihre gesundheitliche Versorgung (21,2 %).

2.1.2 Auswirkungen auf besondere Betroffenengruppen (Menschen mit psychischen Erkrankungen, Schwerstmehrfachbehinderung)

In unserem Kollektiv zeichneten sich in Hinblick auf die Gesundheitsversorgung der Betroffenen deutliche Unterschiede ab, abhängig davon, ob chronische Erkrankungen vorlagen oder nicht. Die Menschen ohne chronische Erkrankungen gaben zu fast 60 % an, dass die Pandemie keine (negativen) Auswirkungen auf ihre Gesundheitsversorgung hatte, im Gegensatz zum Gesamtkollektiv mit 31,7 %. Bei den Menschen mit chronischen Erkrankungen wurden die verschiedenen Einschränkungen 2-mal, in einigen Bereichen bis zu 4-mal häufiger angegeben.

Während die Häufigkeiten der (negativen) Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung zwischen den verschiedenen chronischen Erkrankungen relativ wenig variieren, fällt die Gruppe der Menschen mit chronisch-psychischen Erkrankungen heraus. Hier gibt es insgesamt 1052 Nennungen; es zeigen sich teils deutliche Diskrepanzen zum Gesamtkollektiv. Nur jeder Fünfte mit chronisch-psychischen Erkrankungen gab an, im Rahmen der Pandemie keine (negativen) Auswirkungen gehabt zu haben (20,7 % gegen Gesamtkollektiv 31,3 %). Die Verschleppung von Untersuchungen und Behandlungsverzögerungen wurden mit 29,5 % bzw. 38,0 % deutlich häufiger genannt (gesamt 23,6 % bzw. 28,8 %). Sie klagten über einen erschwerten Zugang zu für sie essenzielle Versorgung wie zu Psychotherapie und zur Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (38,7 % bzw. 12,6 %). Zu berücksichtigen ist, dass gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Bedrohungen der Pandemie und die eingreifenden Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung ganz besonders verunsichert und damit in besonderem Maße auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, sie also auch in dieser Situation mehr medizinische und psychotherapeutische Behandlung benötigen und einfordern. Gerade die Schilderungen der Freitexte bringen dies in vielfältiger Weise sehr prägnant zum Ausdruck. (Details siehe Tabelle 18 B-V15 – Vergleich.)

Tabelle 18 (B-V15 – Vergleich I) Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitsversorgung: Gesamtkollektiv (mit und ohne chronische Erkrankungen), ohne chronische Erkrankung (MZEB, SPZ und Frühförderung hier nicht aufgeführt.)

Mehrfachnennungen möglich	Gesamtkollektiv N = 3403*		v6_8 Keine chronische Erkrankung N = 242		v6_6 Chron. psychische Erkrankung N = 1052	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Keine Auswirkungen	1.065	31,3 %	143	59,1 %	218	20,7 %

Zugang zu Hausarzt erschwert	1.210	35,6 %	48	19,8 %	400	38,0 %
Zugang zu Facharzt erschwert	1.404	41,3 %	51	21,1 %	479	45,5 %
Zugang zu Psychotherapie	645	19,0 %	13	5,4 %	407	38,7 %
Zugang zu KHs erschwert	604	17,7 %	20	8,3 %	204	19,4 %
Zugang zu PIA erschwert	148	4,3 %	4	1,7 %	133	12,6 %
Verschleppung von Untersuchungen	802	23,6 %	23	9,5 %	310	29,5 %
Behandlungsverzögerungen	981	28,8 %	31	12,8 %	400	38,0 %
Verschleppung Eingriffe	181	5,3 %	3	1,2 %	68	6,5 %

*) Anzahl geringer, da hier nur die berücksichtigt sind, die Angaben zur Frage gemacht hatten, ob chronischen Erkrankungen vorliegen.

Die Situation stellt sich sehr ähnlich dar, wenn die Form der Behinderung mit den Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung korreliert wird. Bei den Teilnehmenden, die keine Behinderung angaben, liegt der Anteil derjenigen, die keine (negativen) Auswirkungen auf ihre Gesundheitsversorgung hatten, höher als bei denen mit Behinderungen (41,4 % zu 31,5 %). Auch hierbei zeigen sich zwischen den einzelnen Gruppen relativ geringe Unterschiede, außer wiederum bei den Menschen mit einer psychischen Problematik – d.h. die eine „seelische Behinderung“ angaben; zusätzlich fallen aber auch die Ergebnisse bei den Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderungen auf.

Bei seelischen Behinderungen (N = 641) wurden ein erschwerter Zugang zur hausärztlichen und zur fachärztlichen Versorgung besonders häufig genannt, auch verglichen mit dem Gesamtkollektiv, ferner ein erschwerter Zugang zu Psychotherapie und zur PIA (38,5 % bzw. 18,5 %). Ggfs. damit in Verbindung stand auch die hohe Anzahl von Nennungen bei Behandlungsverzögerungen (37,4 %).

Die 109 Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderungen waren nach den Ergebnissen der Befragung von allen Gruppen mit Behinderungen am häufigsten in ihrer Gesundheitsversorgung eingeschränkt. Sie hatten mit 16,5 % am seltensten keine (negativen) Auswirkungen auf ihre Gesundheitsversorgung im Rahmen der Pandemie erlebt, d. h. mehr als vier Fünftel (83,5 %) waren mit Einschränkungen konfrontiert. Besonders häufig nannten sie den erschwerten Zugang zur fachärztlichen Versorgung (56,9 % gegen 40,8 % Gesamtkollektiv), zum Krankenhaus (36,7 % gegen 16,8 %), Verschleppung von Untersuchungen (42,2 % gegen 23,2 %) und Behandlungsverzögerungen (46,8 % gegen 28,3 %). Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderungen sind eine besonders vulnerable Gruppe mit einem oft instabilen Gesundheitsstatus, der häufig ärztliche und nichtärztliche Interventionen notwendig macht. Wenn man die einzelnen Ergebnisse der erfragten Bereiche betrachtet, waren sie nicht nur am häufigsten, sondern auch in der Breite am stärksten mit Einschränkungen ihrer Gesundheitsversorgung konfrontiert.

In der Tabelle 19 B – V15 Vergleich II sind die deutlichen Unterschiede zwischen den Menschen ohne Behinderung, mit einer seelischen Behinderung und mit einer Schwerstmehrfachbehinderung im Vergleich zum Gesamtkollektiv aufgeführt.

Tabelle 19 (B-V15 Vergleich II) Behinderung und Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitsversorgung – Gesamtkollektiv, Menschen ohne Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung und Schwerstmehrfachbehinderung (MZEB, SPZ und Frühförderung hier nicht aufgeführt)

Mehrfachnennungen möglich	Gesamtkollektiv N = 3.486*)		v7_10 Keine Behinderung N = 227		V7_6 Seelische Behinderung N = 641		V7_7 Schwerstmehr- fachbehinderung N = 109	
	Anzahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%
Keine Auswirkungen	1.099	31,5 %	94	41,4 %	122	19,0 %	18	16,5 %
Zugang zu Hausarzt erschwert	1.239	35,5 %	68	30,0 %	263	41,0 %	46	42,2 %
Zugang zu Facharzt erschwert	1.421	40,8 %	79	34,8 %	307	47,9 %	62	56,9 %
Zugang zu Psychotherapie	646	18,5 %	40	17,6 %	247	38,5 %	25	22,9 %
Zugang zu Krankenhaus	622	17,8 %	26	11,5 %	136	21,2 %	40	36,7 %
Zugang zu PIA	150	4,3 %	9	4,0 %	101	15,8 %	7	6,4 %
Verschleppung von Untersuchungen	809	23,2 %	46	20,3 %	188	29,3 %	46	42,2 %
Behandlungs- verzögerungen	988	28,3 %	46	20,3 %	240	37,4 %	51	46,8 %
Verschleppung Eingriffe	183	5,2 %	11	4,8 %	44	6,9 %	9	8,3 %

*) Anzahl geringer, da hier nur die berücksichtigt sind, die Angaben zur Frage gemacht hatten, ob Behinderungen vorliegen.

2.1.3 Einzelaspekte der Auswirkungen der Pandemie für die Betroffenen

In der Tabelle 18 B – V15, „Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitsversorgung“, wurden unter der Antwortoption „andere Auswirkungen“ 322 **Freitextantworten** von den Befragten formuliert. Zudem gibt es über 2.100 Freitextantworten allein aus dem Themenfeld 1 „Gesundheitsversorgung“ zu den zusammenfassenden Fragen am Ende des inhaltlichen Teils des Fragebogens (B – V135 und V136), wo ebenfalls nach „Auswirkungen der Pandemie“ und ferner nach den „Sorgen, Hoffnungen“ der Betroffenen gefragt wurde. Auch hier wurde häufig der Ausfall oder die Einschränkungen von Leistungen der Gesundheitsversorgung berichtet; dies betraf medizinisch-ärztliche Leistungen, aber auch Heilmittel, Funktionstraining oder Reha-Sport (auf Letzteres wird weiter unten entlang der speziellen Fragen zu diesen Bereichen eingegangen). Aus der Fülle der Freitextantworten lassen sich darüber hinaus einige Aspekte herausarbeiten, die wesentliche Problemfelder der Gesundheitsversorgung in der Pandemie thematisieren und die gerade für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen von großer Bedeutung sein dürften. Diese Aspekte sollen im Folgenden dargestellt werden, auch wenn nach ihnen im Fragebogen nicht explizit gefragt wurde.

Zugang zu medizinisch-ärztlichen Leistungen:

- Zugang zur ärztlichen Versorgung: *Es wurde berichtet, Termine in Arztpraxen zu bekommen, war zeitweise gar nicht oder nur nach langen Wartezeiten möglich, bei Fachärzten in ganz besonderem Maße. Eine/n neue/n Ärztin/Arzt zu finden war für Menschen mit Behinderungen während der Pandemie besonders erschwert.*
- *„Verschlechterung der ärztl./therapeutischen Versorgung aufgrund viel zu langer Wartezeiten für Termine sowie Verschlechterung der Medikamentenversorgung“; mehrfach wurde berichtet, dass wichtige (selten angewendete) Medikamente nicht zur Verfügung standen.*
- *Wiederholt wurde berichtet, dass Operationen abgesagt wurden, „selbst, wenn sie seit Monaten schon einen Termin hatten. Und dadurch sind weiterhin die Schmerzen ...da“. Dies betraf elektive Eingriffe, aber auch dringliche: „Bei mir besteht der Verdacht auf einen Tumor. Durch die Pandemie war es leider nicht möglich, weitere Abklärungen vorzunehmen.“*
- *Kontrolltermine: „... wichtiger Termin zur Verlaufskontrolle einer meiner Erkrankungen;*
- *in der Uniklinik musste auf das nächste Jahr verschoben werden wegen Corona“. – „Problematisch sehe ich die Wahrnehmung nötiger Kontrolluntersuchungen im Krankenhaus, als auch geplante chirurgische Eingriffe (Zustand nicht lebensbedrohlich), die mehrfach verschoben wurden und die damit verbundene psychische Belastung.“*

Besondere Problematik des Zugangs von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsangeboten

Nach den sehr häufigen Eintragungen war für diese Betroffenenengruppe die medizinische/fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung in besonderem Maße eingeschränkt: *Es wurde berichtet, dass Psychotherapien (teilweise ersatzlos) ausfielen, ebenso Selbsthilfegruppen. „Psychotherapeutensuche erschwert, stationäre Psychotherapieplätze erschwert“ – Psychotherapeutische Angebote wurden nur per Telefon/Video angeboten, aber nicht als zufriedenstellend gesehen. Zwei Statements:*

„Es ist jetzt schon ein unmöglicher Zustand für psychisch Erfahrene, überhaupt zeitnahe Termine bei Fachärzten zu erhalten, und wenn man dann endlich in Behandlung ist, stationär oder Tagesklinik, dann sind Anschlussbehandlungen nicht möglich; also für den Erkrankten heißt das, 18 Monate krank, dann 24 Monate arbeitslos, dann ABM-Maßnahme ...“

„Wessen ambulante Psychotherapie (die wegen anderer Probleme als Corona durchgeführt wurde) während der Pandemie mit deren Problemen überfrachtet wurde, ... bekommt keinen anderen ambulanten Therapiezugang, Zusatzstunden o. ä., sondern wird ausgerechnet in der Krise "alleine gelassen"; den Mangel an Plätzen für die ambulante Psychotherapie brauche ich ja wohl erst gar nicht erwähnen ...“

Sicherer Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit einem besonderen Risiko für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion

Die Freitexte thematisieren sehr häufig die große Unsicherheit und Angst, aber auch das Dilemma von Menschen mit einem hohen Risiko für einen schweren Verlauf einer Corona-

Infektion. Sie fürchteten, gerade in Praxen und anderen medizinischen Einrichtungen einem besonders hohen Ansteckungsrisiko ausgesetzt zu sein und suchten daher medizinische Einrichtungen häufig nicht auf, obwohl sie medizinische Versorgung oder andere Leistungen dringend benötigten. Damit gingen sie andere gesundheitliche Risiken für sich ein; verschiedentlich wird von dadurch verspätet erkannten Erkrankungen und verspätet eingeleiteten Behandlungen und negativen gesundheitlichen Konsequenzen berichtet.

Den Ärztinnen und Ärzten als auch medizinischen Einrichtungen wurde in diesem Zusammenhang der Vorwurf gemacht, nicht ausreichend auf die Einhaltung von Hygieneregeln zu achten und nicht das für eine größere Sicherheit Notwendige zu tun. Genannt wurden volle Wartezimmer oder zu viele Personen in den Praxen, keine ausreichende Durchlüftung. Gefordert wurde in diesem Zusammenhang auch die regelmäßige Testung des medizinischen Personals, was bis zum Zeitpunkt der Befragung – wenn überhaupt – eine Ausnahme war. *„Ich musste mich entscheiden, ob ich die nötige Behandlung beginne und damit zur Risikogruppe gehöre. ... Das war nicht sehr angenehm und es gab auch nicht wirklich ärztliche Unterstützung bei dieser Frage.“*

Assistenz und Begleitung bei der Gesundheitsversorgung

In den Freitexten wurde eine weitere Zugangsbarriere zu medizinisch-therapeutischer Versorgung berichtet. Wiederholt wurde von Menschen mit Behinderungen geklagt, dass ihnen die Begleitung durch Assistentinnen und Assistenten oder anderen Personen beim Aufsuchen der Arztpraxen oder anderer medizinisch-therapeutischer Einrichtungen nicht oder nur nach Überwindung von Widerständen erlaubt war (außer bei Kindern). Dies bedeutete für Menschen, die auf diese Assistenz angewiesen waren, oft eine erhebliche Verunsicherung, mit der Konsequenz, dass sie sich unter Umständen nicht in der Lage sahen, medizinische und therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies hatte ebenfalls negativen Folgen für ihre Gesundheit.

(Ärztlich attestierte) Befreiung von der Maskenpflicht

Sowohl aus den geschlossenen als auch aus den offenen Fragen ergibt sich insgesamt der Eindruck, dass Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen (gemeinsam auch mit den Angehörigen) in der Regel sehr auf die Einhaltung der Schutz- und Hygieneregeln achteten und von ihrem Umfeld ihre Einhaltung forderten. Sie erlebten die Nichteinhaltung meist als gefährliche Bedrohung ihrer Gesundheit und exkludierende Beschneidung ihrer Teilhabemöglichkeiten, mit dem Ergebnis, dass sie sich weitgehend komplett isolieren mussten und einer besonderen psychischen Belastung ausgesetzt waren. Sie forderten Sicherheit im Umgang mit den Risiken der Pandemie – dies war ja auch an der Frage eines sicheren Zugangs zu Arztpraxen und medizinisch-therapeutischen Leistungen deutlich geworden. Mehrfach wurde auch die Forderung nach strengeren Regeln gestellt.

Das Problem, dass bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen große Schwierigkeiten haben oder nicht in der Lage sind, einen Mund-Nase-Schutz (MNS) zu tragen, war bei der Erstellung der Fragebögen nicht aufgegriffen worden. Im Themenfeld 1 „Gesundheitsversorgung und medizinische Rehabilitation“ kreiste fast jede zehnte der über 2.100 Freitextantworten auf die offenen

Abschlussfragen zu den „Auswirkungen der Pandemie“ und den „Sorgen, Hoffnungen“ der Betroffenen (B – V135 und V136) mehr oder weniger explizit um dieses Thema. Offensichtlich hat das Thema eine hohe Brisanz und Aktualität. (Auf die wenigen Statements, die Einstellungen der „Querdenker“ widerspiegeln, soll hier nicht eingegangen werden.)

Fast alle berichteten von teils massiven Diskriminierungen und verbalen Angriffen, die mit der Befreiung vom Tragen eines MNS verbunden waren. Hier zwei Beispiele: Eine Antwortende mit „stressbedingten chronischen Atemwegserkrankungen“ schreibt: *„Ich habe Angst, weil ich zuvor niemals solche Anfeindungen seitens anderer Menschen erlebt habe. Ich möchte gerne arbeiten und scheitere an der Maskenpflicht. Durch mein Attest erhalte ich den Stempel Querdenker oder Leugner. Ich leugne nicht. ... Ich habe mein Leben lang gekämpft und vieles ertragen müssen, um ein selbständiges Leben zu führen, was mir auch gelang, bis Corona kam.“* – *„Viele Geschäfte beharren auf ihrem Hausrecht und lassen mich trotz Attest nicht ohne Maske in den Laden. Dies schränkt mich extrem ein. Man wird überall nur noch angefeindet. Meine Depression hat sich verschlimmert. Wenn die Maskenpflicht bleibt, macht mich das auf Dauer kaputt.“* Wiederholt wurde geäußert, dass es sich um die Verletzung elementarer Rechte handele. Die Zugangsverbote betrafen trotz des Vorliegens eines ärztlichen Attests auch den Zugang zu medizinisch-therapeutischen Einrichtungen wie Arztpraxen, Krankenhäusern (*„Hausverbot im Krankenhaus ohne Maske trotz Attest und Behindertenausweis“*) und Psychotherapiepraxen.

Nur eine der Antwortenden mit einer schweren Lungenerkrankung (deshalb mit einer Befreiung vom Tragen eines MNS) gab an, dass sie als Ersatz ein Visier trug, mit dem sie „bisher nur positive Rückmeldungen bekommen“ habe.

Bei der Durchsicht der Antworten wird deutlich, dass es sich sehr häufig um Menschen mit einer Angst- oder Panikstörung oder anderen psychischen Beeinträchtigungen handelte. Aufgrund dieser Problematik hatten sie auch die Befreiung vom Tragen eines MNS erhalten bzw. gefordert. Mit dieser Begründung wurde eine Befreiung aber von einigen Ärztinnen und Ärzten verweigert (*„Meine Ärztin weigerte sich, mir ein Attest auszustellen [wg. Panikattacken], weil es ihr von der KV verboten worden sei.“*)

In mehreren Statements wird staatlicherseits eine Regelung verlangt – *„in die Maskenpflichtverordnung (sollen) gerade bei Geschäften und sozialen Einrichtungen explizit (bezogen) auf die Befreiung der Maskenpflicht diese Ausnahmen mitaufgenommen werden“* – *„Wenn die Politik dieses festlegt, müsste eine konkrete Handhabung der Maskenbefreiung definiert werden.“*

Impfung – Zugang zu Impfung

Große Hoffnungen wurden in sehr vielen Antworten auf die baldige Verfügbarkeit eines Impfstoffs und das Anlaufen der Impfungen gesetzt. Es wird immer wieder die Hoffnung geäußert, dass dann wieder ein „normales Leben“ und Teilhabe in der früher gewohnten Vielfalt möglich sein würden. Zugleich wurden Bedenken und Ängste über mögliche Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten geäußert. Ist der Impfstoff überhaupt bei meiner chronischen Erkrankung, bei meinem Gesundheitszustand und meinen Medikamenten (z. B. Immunsuppressiva, Krebsmittel) anwendbar und verträglich, kann er nicht auch zu

Verschlechterungen führen? Es gibt einzelne Stimmen, die aus diesen und anderen Gründen die Impfung für sich ablehnen.

Sehr häufig werden eine breite Aufklärung und Beratung zu allen mit der Impfung verbundenen Fragen gefordert; diese sollten barrierefrei und umfassend sein. Auch werden Fragen, wann der Impfstoff zur Verfügung stehen wird, gestellt. Die Priorisierung der Impfkampagne war zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht in der breiten Öffentlichkeit thematisiert; dementsprechend gab es hierzu keine Stellungnahmen. Berücksichtigt man allerdings die Präsenz, die Häufigkeit dieses Themas und die mit der Impfung verbundenen Erwartungen, die von den Betroffenen geäußert wurden, muss man bei diesen Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen von einem sehr hohen, existentiellen Interesse an dieser Frage ausgehen.

Triage

In einzelnen Statements werden auch Befürchtungen laut, dass es wegen der expansiven Ausgabenpolitik und der bald begrenzten finanziellen Mittel zu Triage-Entscheidungen kommen könne: *„Triage (behinderte Menschen, Senioren, Behinderte Senioren) als Lückenbüsser für verfehlte Gesundheitspolitik, aufgrund der derzeitigen Geld- und Ausgabenpolitik im Zusammenhang mit Corona, dass oben genannter Personenkreis nur noch als Kostenfaktor gesehen wird.“* Explizit werden die Triage-Empfehlungen der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin) genannt; sie werden „als diskriminierend, nicht nachvollziehbar und inakzeptabel“ für Menschen mit Behinderungen gesehen. (Das Thema wird im Kontext des Themenfeldes 5 Gesellschaftliche Querschnittsthemen aufgegriffen).

2.1.4 Die Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheitsversorgung aus Sicht der Vertreter der Zivilgesellschaft

Seitens der Angehörigen und der Leistungserbringer liegen keine Einschätzungen der Auswirkungen der Pandemie auf die allgemeine Gesundheitsversorgung der Betroffenen vor, wohl aber seitens der Vertreter der Zivilgesellschaft.

Die Vertreter der Zivilgesellschaft sahen die Situation der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen in noch höherem Maße, als die Betroffenen dies angaben, beeinträchtigt. 83,3 % (150 von 125) stimmten der Aussage zu, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen sehr erschwert ist (trifft voll oder trifft eher zu). Rund die Hälfte sahen den Zugang zur hausärztlichen oder zur psychotherapeutischen Versorgung, sogar zwei Drittel den zur fachärztlichen Versorgung für diesen Personenkreis erschwert. Der Einschätzung, dass es zur Verschleppung notwendiger Untersuchungen bzw. zu Behandlungsverzögerungen kam, stimmten 74 von 125 (59,2 %) bzw. 92 von 125 (73,6 %) zu. (Mehrfachnennungen waren jeweils möglich).

Insgesamt fand eine übergroße Mehrheit die Aussage voll oder eher zutreffend (81,8 %), dass die Gesundheitsversorgung zu einseitig auf die Akutversorgung von Corona-Patientinnen und Patienten ausgerichtet war, zuungunsten der Personen mit einem Bedarf an Rehabilitation oder an Heilmitteln, was vor allem für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen Nachteile hatte. So fanden 80,7 % die Aussage voll oder eher

zutreffend, dass diese Betroffenen große Schwierigkeiten hatten, geplante Operationen zu erhalten, selbst wenn diese zur Verbesserung der Mobilität, der Alltagsfähigkeiten oder zur Linderung von Schmerzen notwendig waren. 47,4 % aller Akteure der Zivilgesellschaft (bei den Selbsthilfeorganisationen waren es mit 39,0 % etwas weniger) berichteten von Erfahrungen, dass Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit oder chronischen Erkrankungen von Krankenhäusern nicht ausreichend behandelt oder mit dem Hinweis abgewiesen wurden, dass die Versorgung von Corona-Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehe.

Demgegenüber hielten die Akteure der Zivilgesellschaft es für wichtig, dass in Zukunft in der Gesundheitsversorgung mehr Wert auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Corona, von denen mit anderen Erkrankungen und einem Rehabilitationsbedarf gelegt wird – dies fanden 84,1 % voll oder eher zutreffend.

2.1.5 Handlungsoptionen

Ärztliche Versorgung

Medizinisch-ärztliche Leistungen waren und sind im Rahmen der Corona-Pandemie für viele Menschen, in besonderem Maße aber für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen nur eingeschränkt erreichbar. Dies gilt für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Ausschlaggebend ist die Verunsicherung der Patienten und Patientinnen über eine mögliche Infektionsgefahr in den Praxen oder auch auf dem Weg dorthin, wenn Transportmittel des öffentlichen Nahverkehrs benutzt werden müssen. Viele Menschen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion beurteilen die in den Arztpraxen ergriffenen Schutzmaßnahmen als nicht ausreichend und nehmen deshalb selbst notwendige Arzttermine, Untersuchungen und Präventivtermine nicht wahr. Ganz besonders trifft dies auf Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen oder mit kognitiven Beeinträchtigungen zu.

Handlungsoptionen:

- Voraussetzung ist die auf die Gegebenheiten angepasste, vollständige Umsetzung der Schutz- und Hygieneregeln des RKI, der Kassenärztlichen Vereinigungen und weiterer Vorschriften der Länder (Corona-Schutzverordnungen) und Kommunen (Allgemeinverfügungen) in jeder Praxis oder Einrichtung.
- Seitens der Vertragsärzte bessere Informationen für die Patientinnen und Patienten über die Corona-Schutzmaßnahmen und die sich daraus ergebenden Abläufe in den Praxen (z. B. Trennung von Corona-Patientinnen und Patienten, Verdachtsfällen und anderweitig Erkrankten); individuelle Einweisung der Patientinnen und Patienten in die Abläufe.
- Patientensteuerung mit telefonischer und digitaler Terminvereinbarung, um Patientenansammlungen sicher zu vermeiden, damit auch Menschen mit einem erhöhten Risiko sich ausreichend sicher fühlen können.
- Angebot von Beratung und Hilfestellung für Patientinnen und Patienten, die wegen der Infektionsgefahr Arztpraxen nicht aufsuchen, obwohl sie ärztliche Behandlung benötigen; aktive, zugehende Kontaktaufnahme seitens der Praxen.

- Terminangebote und Einbestellung solcher Patientinnen und Patienten vor oder nach den normalen Sprechstundenzeiten.
- Angebote und Nutzung von Telefon- oder Videosprechstunden, wo immer sinnvoll [04].
- Vermehrtes Angebot von Hausbesuchen, Sicherung einer kontinuierlichen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Einrichtungen.
- Information und Beratung der Patientinnen und Patienten über individuelle Risiken und die sich daraus ergebende Schutzbedürftigkeit und sinnvolle Schutzmaßnahmen. Verunsicherung z. B. durch pauschale Zuweisungen (Behinderung = hohes Risiko) sollte ärztlicherseits entgegengetreten werden [87], [169].
- Information über Schnelltestung, ihre sinnvolle Anwendung, ihre Durchführung, Erreichbarkeit und Finanzierung als Möglichkeit, um Selbstisolierung und Vereinsamung entgegenzuwirken [64].
- Barrierefreie Gestaltung von Informationen, Ansprache und Kommunikation; Nutzung einfacher Sprache.

Psychotherapeutische Versorgung

- Aufrechterhaltung der Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen auch unter Pandemiebedingungen. Kontakt halten und Kontakt aufbauen durch aktiv-zugehende Versorgung.
- Sicherheit und Schutz- und Hygienemaßnahmen (modifiziert) wie in der ärztlichen Praxis (Abläufe, Patientensteuerung u. a.).
- Angebot von Telefon- und Videosprechstunden, Angebot von Psychotherapie und Gruppentherapie per Videoübertragung (Voraussetzung: von der KV zertifiziertes System, Einhaltung des Datenschutzes).
- Ggfs. Angebot und Durchführung von Corona-Schnelltests, um Präsenzsprechstunden und vor allem Gruppentherapien zu ermöglichen [64].

Medizinische Leistungen – ambulant und stationär

Die Priorisierung der Behandlung von Covid-19-Patientinnen und Patienten und die Schutzvorschriften sowie das Infektionsrisiko haben in der Corona-Pandemie dazu geführt, dass in vielen Fällen der Zugang zu medizinischen Leistungen, einschließlich operativer oder interventioneller Eingriffe, komplexer Therapien und präventiver Maßnahmen, nicht mehr gewährleistet war oder es zu erheblichen Verzögerungen und Verschiebungen kam. Die Befragung gibt viele Hinweise darauf, dass Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen davon sehr häufig betroffen waren und sind; dabei trifft dies für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, mit Schwerstmehrfachbehinderungen und Verhaltensauffälligkeiten in besonderem Maße zu. Die negativen gesundheitlichen, funktionellen, psychischen und sozialen Folgen für die Betroffenen wurden in der Befragung deutlich.

Handlungsoptionen:

- Aufrechterhaltung aller Angebote der Gesundheitsversorgung so weit wie möglich, wobei die Angebote im notwendigen Umfang den Pandemiebedingungen angepasst werden

müssen. Dies gilt insbesondere für spezielle Angebote, die Menschen mit Behinderungen dringend benötigen, z. B. in SPZ, MZEB, PIA, Frühförderstellen sowie für die zur Erhaltung von Körperfunktionen und Ermöglichung der Teilhabe besonders wichtigen Leistungen der Heil- und Hilfsmittelversorgung.

- Gewährleistung einer flexiblen Steuerung in der Krankenhausversorgung, mit dem Ziel, dass möglichst viele Kapazitäten zur „normalen“ medizinischen Versorgung zur Verfügung stehen. Engpässe in der medizinischen und therapeutischen Versorgung, die aufgrund einer Priorisierung der Behandlung von Covid-19-Patientinnen und Patienten entstehen, müssen die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen berücksichtigen. Bei notwendigem, aber nicht dringlichem Behandlungsbedarf, z. B. bei elektiven Eingriffen, dürfen Menschen mit Behinderungen, insbesondere bei Schwerstmehrfachbehinderung, psychischen und Verhaltensstörungen nicht benachteiligt werden und Zugangshindernisse müssen abgebaut werden [55], [87], [157].
- Bereitstellung von Ersatzangeboten, wenn sich Präsenzangebote in der Gesundheitsversorgung (einschließlich Frühförderung, SPZ, PIA, MZEB) nicht umsetzen lassen, um zumindest essenzielle Elemente der nicht durchführbaren üblichen Leistungen abzudecken. Die Ersatzangebote müssen rechtlich, berufsrechtlich und ökonomisch abgesichert sein.
- Zu solchen Ersatzangeboten gehören neben zugehenden Angeboten und Hausbesuchen telemedizinische Angebote, Videosprechstunden, Videotherapien und regelmäßige Telefonkontakte.
- Die Unterstützung durch Assistenzdienste und Begleitpersonen sollte Menschen mit Behinderungen, wann immer nötig, für die Wahrnehmung medizinischer und therapeutischer Leistungen vollumfänglich erhalten bleiben, ggfs. mit Schnelltestung der Begleitpersonen.
- Zu prüfen ist, inwieweit im Krankenhausbereich die Gegenfinanzierungen, wie z. B. die Freihaltepauschalen, einen negativen Effekt für die Versorgung von Nicht-Covid-Patientinnen und Patienten hatten, der durch eine flexiblere Anwendung vermeidbar gewesen wäre. Instrumente zur Gegenfinanzierung von Mindererlösen sollten gerade die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung aller berücksichtigen.

Risikogruppen – Menschen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion

Die Mehrheit der befragten Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen sieht sich als besonders schutzbedürftig und vulnerabel und klagt über mangelnde Schutzmaßnahmen und nicht ausreichende Rücksicht ihnen gegenüber, auch in medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen. Die damit verbundene Angst führt bei vielen zu Selbstisolierung und zu weitgehenden Kontakteinschränkungen. Sie nehmen ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen nur noch wahr, wenn es sich nicht vermeiden lässt. So werden Rehabilitationsanträge nicht gestellt, ärztlich indizierte und bewilligte Rehabilitationsleistungen nicht angetreten. Die Folge sind gesundheitliche

Verschlechterungen, Zunahme von funktionellen Beeinträchtigungen und gravierende Einschränkungen der sozialen Teilhabe. Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und seelischer Behinderung sind hiervon ganz besonders betroffen.

Andere sehen sich als Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen einer besonderen Risikogruppe zugeordnet, ohne dass dies in angemessener Weise geprüft worden wäre. Diese Zuordnung hatte auch zur Folge, dass ihnen der Zugang zu medizinischen Leistungen und/oder rehabilitativen, therapeutischen und psychosozialen Angeboten erschwert oder auch verwehrt wurde. Dadurch sahen sich viele dieser Menschen benachteiligt, teils auch diskriminiert [106], [196], [214].

Handlungsoptionen:

- Erstellung ärztlicher Leitlinien zur Beurteilung des besonderen Risikos für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion. Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf eine fachlich fundierte Beurteilung ihres individuellen Risikos, ihrer Schutzbedürftigkeit und der sich daraus ergebenden notwendigen Einschränkungen ihrer Teilhabemöglichkeiten. Solchen Einschränkungen sollten sie nicht ohne eine individuelle Gefährdungsbeurteilung unterworfen werden. Die Einschätzung der potenziell gefährdenden Settings sollte entlang des Stufenkonzepts des RKI (19.03.2021) erfolgen. Erkenntnisse der Fachgesellschaften bzgl. der Risikoabschätzung und Schutzvorkehrungen bei bestimmten Behinderungs- und Krankheitsbildern sollten rechtzeitig und breit kommuniziert werden, damit sie bei der individuellen Umsetzung berücksichtigt werden können [169], [196], [179].
- Individuelle Gefährdungsbeurteilungen als Grundlage für besondere Schutzmaßnahmen wie gesonderte Arztprechzeiten, aber auch für eine Priorisierung bei der Impfung.
- Durchführung individuell risikoadaptierter Therapie- und Fördermaßnahmen, z. B. in Form von Hausbesuchen statt Behandlung in der Einrichtung oder alternativ Ermöglichung einer risikoarmen Beförderung (kein ÖPNV, sondern Taxibeförderung).
- Politisch und zivilgesellschaftlich muss der in der Befragung häufig berichteten, massiven Diskriminierung in der Öffentlichkeit entgegengetreten werden, wenn Menschen krankheits- oder behinderungsbedingt keinen oder nur eingeschränkt einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) tragen können. Für die notwendige Akzeptanz solcher Ausnahmeregelungen muss in der Öffentlichkeit geworben werden. Voraussetzung ist, dass die Befreiung vom Tragen eines MNS aufgrund einer differenzierten ärztlichen Beurteilung erfolgt. Bei der Entwicklung der Kriterien dafür sollten Patientenvertretungen und Selbsthilfeorganisationen einbezogen werden. Atteste sollten, wann immer vertretbar, Einschränkungen der Befreiung aufführen (Tragen von Masken, die die Atmung weniger beeinträchtigen, begrenzte Zeiträume für das Tragen von Masken u. a.).
- Um für diese Betroffenen den Zugang zu notwendigen medizinisch-therapeutischen Leistungen zu gewährleisten, sollten bei Bedarf Schnelltests (einschließlich deren Finanzierung) bereitgestellt werden [48].

Zugang von Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Krankheiten zur Impfung gegen Covid-19

Da zum Zeitpunkt der Konzipierung der Befragung der mögliche Start der Impfung gegen Covid-19 noch weit entfernt zu sein schien, wurde dieses Thema nicht in den Fragebögen aufgegriffen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen aber in den Freitexten zu den offenen Fragen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Impfung größte Hoffnungen verbunden und in vielfältiger Weise formuliert haben. Sie erhofften sich durch sie die Aufhebung aller Restriktionen im privaten und öffentlichen Leben und der besonderen Belastungen durch die Pandemie. Medizinische, therapeutische und psychosoziale Leistungen sollten ihnen möglichst bald wieder ohne Einschränkungen und Ausfälle zugänglich sein und die Möglichkeiten der Teilhabe wieder eröffnen. Zugleich wurden Bedenken und Ängste über mögliche Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten geäußert, gerade auch in Hinblick auf die vielen chronischen Erkrankungen, die Behinderungen und oft komplexen Medikationen.

Handlungsoptionen:

- Menschen mit chronischen Erkrankungen mit sehr hohem Risiko für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion sollten in die Priorisierung der Impfung berücksichtigt werden.
- Nach Möglichkeit eine klare Perspektive für einen Impfzeitraum.
- Breite Aufklärung und Beratung zu allen mit der Impfung verbundenen Fragen unter Einbeziehung möglicher individuellen Risiken und Gefährdungen.
- Die Beratung sollte barrierefrei, umfassend und unterstützend sein.

2.2 Auswirkungen der Pandemie auf die pflegerische Versorgung der Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen

2.2.1 Die ambulante Pflege aus der Sicht der Betroffenen und der Angehörigen

Bei jedem Fünften der „Betroffenen“ (733, 20,3 % von 3.611, die antworteten) lag eine anerkannte Pflegebedürftigkeit vor. Von ihnen machten 687 Angaben über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung.

Trotz Pflegebedürftigkeit nahmen 44 (6,4 %) keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Dreiviertel erhielten Pflegegeld (521, 75,8 %), 155 (22,6 %) nahmen ambulante Pflege durch einen Pflegedienst in Anspruch.

Die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst war seit März 2020 überwiegend gewährleistet; von 135 gaben dies 116 (85,9 %) an; nur 9 (6,7 %) beklagten wiederholtes Ausfallen der pflegerischen Versorgung; jeweils zwei gaben an, dass die Versorgung überhaupt nicht oder eine notwendige Erhöhung der Pflegeleistungen nicht geleistet werden konnte. 6 Betroffene (4,4 %) hatten den Pflegedienst wegen der Ansteckungsgefahr abgesagt.

Wir hatten oben festgestellt, dass bei den von Angehörigen Betreuten der Anteil der Pflegebedürftigen viermal so hoch war wie bei dem Kollektiv der „Betroffenen“, nämlich 84,0 %; rund

3/4 waren mit einem Pflegegrad von 3, 4 und 5 schwer- bzw. schwerstpflegebedürftig (unter den Betroffenen war der Anteil der schwer- und schwerstpflegebedürftigen 51,5 %). Trotz der Schwere der Pflege erhielten fast vier Fünftel der von ihnen Betreuten (657, 79,7 % von 824, die hierzu Angaben machten) Pflegegeld, d. h. die pflegerische Versorgung wurde überwiegend von den Angehörigen selbst geleistet (inwieweit auch privat engagierte Pflege/Hilfe in Anspruch genommen wurde, wurde in der Befragung nicht ermittelt). Nur 109 = 13,2 % nahmen ambulante Pflege durch einen Pflegedienst in Anspruch.

Auch nach Angaben der Angehörigen war die ambulante Pflege unter der Pandemie überwiegend gewährleistet, nämlich bei 80,8 % (84); nur in einem Fall war dies überhaupt nicht gegeben. Auch hier war bei 8 Betreuten die ambulante Pflege wiederholt ausgefallen, in drei Fällen war die Pflege unzureichend, weil eine notwendige Erhöhung der Pflegeleistungen nicht erfolgen konnte. Wegen der Ansteckungsgefahr war auch bei diesen Pflegebedürftigen in 8 Fällen (7,7 %) der Pflegedienst abgesagt worden.

Nach den hier erhobenen Aussagen von Betroffenen und betreuenden Angehörigen gab es zwar Einschränkungen in der ambulanten Pflege, aber es war nicht zu einer Unterversorgung gekommen, wie in den vorbereitenden Diskussionen angenommen worden war. Ebenfalls war die ambulante Pflege nur in geringem Maße (in unseren Kollektiven in 4,4 % bzw. 7,7 %) nicht bzw. weniger für die pflegerische Versorgung der Betroffenen und der von Angehörigen Betreuten in Anspruch genommen worden.

2.2.2 Versorgung in stationären Einrichtungen (nicht nur Pflege)

In der Befragung wurden nur relativ wenige Personen erfasst, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt wurden; unter den Betroffenen waren es 12, unter den Betreuten in der Befragung der Angehörigen 77. Aus den Daten der Befragung lassen sich nur sehr begrenzt Aussagen über die Situation dieser Personen gewinnen. Die stationäre Pflege soll daher zusammen mit den Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und den Internaten betrachtet werden, auch wenn in Letzteren pflegerische Aspekte der Versorgung eher untergeordnet sind.

Unter den Betroffenen waren 58 in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen oder einem Internat, unter den von Angehörigen Betreuten waren dies 172. Nach Angabe der insgesamt 70 Betroffenen war die Versorgung in den Einrichtungen für stationäre Pflege, für Menschen mit Behinderungen und in den Internaten im Wesentlichen gewährleistet; von 60, die hierzu Angaben machten, gaben dies 55 (91,7 %) an, darunter auch alle 10 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, die diese Frage beantworteten. Geklagt wurde in zwei Fällen allerdings über eine mangelnde Versorgung mit Heilmitteln.

Weitere direkte Daten zur pflegerischen Versorgung der Betreuten im Heimbereich unter den Pandemiebedingungen liegen nicht vor. Dennoch dürften nicht zu unterschätzende Probleme aufgetreten sein, wie die Auswertung der Antworten der Angehörigen zeigt. Angehörige hatten in 70 von 245 Fällen (28,7 %) die von ihnen betreuten Personen wegen der Corona-Pandemie zumindest zeitweise aus den Einrichtungen herausgenommen und bei sich zu Hause betreut. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern in der stationären Pflege waren dies 3 von 77 (3,9 %), in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung 60 von 161 (37,3 %) und unter den Internatschülerinnen und -schüler 7 von 11 (63,6 %). Als Grund wurden vor allem Einschränkungen

der sozialen Teilhabe, aber auch Versorgungs- und Betreuungsprobleme genannt. Neben der Schließung in 16 Fällen (hierbei handelte es sich um Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und Internate) sind in der Tabelle 20 A – V18 als weitere Gründe angegeben:

Tabelle 20 (A- V18) Gründe für die vorübergehende Betreuung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern zu Hause

N = 70 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Einrichtung hat bzw. hatte geschlossen	16	22,9 %
Wegen des hohen Infektionsrisiko in der Einrichtung	13	18,6 %
Wegen der Kontaktbeschränkungen bzw. Isolation in der Einrichtung	39	55,7 %
Wegen der Besuchsbeschränkungen in der Einrichtung	31	44,3 %
Keine angemessenen Tagesangebote in der Einrichtung	18	25,7 %
Anderer Grund: ...	11	15,7 %
Gesamt	70	182,9 %

Am häufigsten genannt wurden die Kontaktbeschränkungen bzw. Isolation in der Einrichtung mit 39 Angaben (55,7 %) und die Besuchsbeschränkungen in der Einrichtung mit 31 (44,3 %). Ferner wurde in 18 Fällen (25,7 %) fehlende angemessene Tagesangebote in der Einrichtung, in den Freitexten (unter „Anderer Grund...“) wurde in 5 von 11 Angaben *Überlastung bzw. Überforderung des Personals bei der Versorgung* als Gründe angegeben. Daneben war auch das hohe Infektionsrisiko in der Einrichtung ein Grund für die (vorübergehende) Herausnahme der Betreuten aus dem Heim (in 13 von 70 Fällen, 18,6 %). Auf die Problematik der Kontaktverbote und Kontaktbeschränkungen in den Heimen wird im Bericht zum Themenfeld 4 „Soziale Teilhabe“ gesondert eingegangen.

2.2.3 Die pflegerische Versorgung aus der Sicht der Leistungserbringer

An der Befragung nahmen auch unter den Leistungserbringern 13 Dienste, die ambulante Pflege anbieten, und 18 Einrichtungen, die stationäre Pflegeeinrichtungen betreiben, teil. Wegen der geringen Fallzahlen ist nur eine qualitative Auswertung möglich.

Von den 13 Vertretern **ambulanter Pflegedienste** gehörten 9 den Leitungen an, 3 waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ferner ein Mitglied einer Personalvertretung. 11 von ihnen konstatierten, dass die Mitarbeitenden durch die Mehrbelastungen im Rahmen der Corona-Pandemie auch jenseits von Corona-Infektionen Auswirkungen auf ihre Gesundheit, wie z. B. psychische Probleme oder Erschöpfung hatten. Ein erhöhter Krankenstand wurde berichtet.

Die Mehrheit der Einrichtungsvertreter sahen offensichtlich gravierende Probleme für ihre Dienste. Alle, die die Frage beantworteten (9 von 13), gaben an, dass die Erbringung von Pflegeleistungen im häuslichen Bereich im Rahmen der Corona-Pandemie erschwert war. 6 gaben an, dass es zu Leistungsminderungen gekommen war. 11 berichteten von Zutrittsbeschränkungen im häuslichen Bereich, im Betreuten Wohnen oder in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, so dass hier der ambulante Pflegedienst zumindest zeitweilig nicht tätig war. Auf der anderen Seite war nach Angaben der Hälfte der Einrichtungsvertreter (5 von 10 Antwortenden) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen erhöht. Man

gewinnt den Eindruck, dass durch die Leistungsminderungen und Absagen (zur Vermeidung von Ansteckungen) letztlich anderweitige, höhere Bedarfe kompensiert werden konnten. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, warum Betroffene und Angehörige die ambulante Pflege als im Wesentlichen gewährleistet beurteilten.

Dennoch: Die Frage, ob die Corona-bedingten Ausfälle bei den Mitarbeitenden die Umsetzung der Aufgaben des Pflegedienstes gefährdet hatten, beantworteten 8 der Leistungserbringer mit „trifft voll oder eher zu“, 3 mit „trifft weniger zu“ (11 von 13 Einrichtungsvertretern). Bei einem ambulanten Pflegedienst kam es zu einer Schließung von 6 Wochen, 6 waren teilweise geschlossen. Diese Schließungen waren in allen Fällen aufgrund behördlicher Auflagen erfolgt.

Trotz dieser gravierenden Probleme sehen 4 Leitungsvertreter die Finanzierung des ambulanten Pflegedienstes als ausreichend, 3 als nicht ausreichend an. Nur für eine Einrichtung bedeutet die Corona-Pandemie eine Existenzgefährdung.

In den Freitexten werden u. a. die Schwierigkeiten vor Ort geschildert: *Neben der Klage über mangelnde Schutzmaterialien wird berichtet, dass die Hygienemaßnahmen in der Häuslichkeit schwer einzuhalten sind, u. a. weil sie von den Klientinnen und Klienten nicht verstanden werden. Mitarbeitende sind unsicher, was die Klientinnen und Klienten sonst noch für Kontakte haben und welche zusätzlichen Risiken vor Ort bestehen. Neben ihrer eigenen Gefährdung wird auch die Angst der Mitarbeitenden davor berichtet, die Klientinnen und Klienten anzustecken. Zugleich erleben die MA die Klientinnen und Klienten als isoliert, ohne Ansprache und Zuwendung. Diese Aspekte stellen eine hohe Belastung auch für die Mitarbeitenden dar.*

Von den 18 Vertretern von **Einrichtungen der stationären Pflege** gehörten 8 der Leitung an, 9 waren Mitarbeitende, ferner 1 Mitglied einer Personalvertretung. 14 von 16 Antwortenden berichteten, dass die Mitarbeitenden durch die Mehrbelastungen im Rahmen der Corona-Pandemie auch jenseits von Corona-Infektionen Auswirkungen auf ihre Gesundheit wie z. B. psychische Probleme, Erschöpfung hatten. Einen erhöhten Krankenstand im Rahmen der Corona-Pandemie gaben 7 Einrichtungsvertreter an, 6 verneinten ihn (es antworteten nur 13 Einrichtungsvertreter). 3 Einrichtungen gaben an, dass sie die Deckung eines Personalmehrbedarfs verhandelt hatten, der aber nicht anerkannt wurde. Einen Hinweis dafür, wie problematisch die Lage in den Pflegeheimen war, ergab die Frage, ob die Corona-bedingten Ausfälle bei den Mitarbeitenden die Umsetzung der Aufgaben der Einrichtungen gefährdet hatten. Von 17 antwortenden Einrichtungsvertretern stimmten 8, also knapp die Hälfte, zu, dass solch eine Gefährdung der Versorgung bestanden hatte.

In Freitexten wurden noch Einzelaspekte thematisiert. Als Hauptprobleme wurde genannt: *Fehlen von qualifiziertem Personal, steigende Personalkosten, die aber nicht refinanziert sind, Kosten der Digitalisierung. Ehrenamtliche konnten aus verschiedenen Gründen kaum noch eingesetzt werden.*

Leider ergab die Befragung keine weiteren detaillierten Einblicke in die Problematik der stationären Pflege. Zum Problem der Kontakt- und Besuchseinschränkungen in den Pflegeheimen siehe den 4. Teil „Soziale Teilhabe“.

2.2.4 Die pflegerische Versorgung aus der Sicht der Leistungsträger

Zur ambulanten und stationären Pflege gab es in der Befragung für die Leistungsträger keine von den Fragen der sozialen Teilhabe getrennte Fragenkomplexe. Somit beschränken sich die Auswertungsmöglichkeiten auf Einzelaspekte der Pflege. Vertreterinnen und Vertreter der Pflegekassen hatten sich nicht an der Befragung beteiligt.

Die meisten Leistungsträger schätzen ein, dass wegen der Corona-Pandemie weniger ambulante Pflegeleistungen erbracht worden sind; dies schätzen 33 von 48 Antwortenden, 68,8 % so ein.

Als besondere Probleme wurden an die Leistungsträger in der ambulanten Pflege herangetragen (Freitexte):

- *der Mangel an Schutzmaterialien in den Anfangsmonaten der Pandemie.*
- *deutlicher Pflegepersonalmangel, der teilweise zu Kapazitätsproblemen von Anbietern führte; Belastungen des Pflegepersonals durch Schutz- und Hygienemaßnahmen, vor allem aufgrund von Hygieneproblemen in der häuslichen Pflege.*
- *größerer Betreuungsbedarf durch Kontaktbeschränkungen und Isolation auch im ambulanten Setting, höheres Betreuungsbedürfnis wegen Wegfalls der (außerhäuslichen) Tagesstrukturen.*
- *Ängste der zu Pflegenden und deren Angehörigen vor Ansteckung mit dem Corona-Virus in der Häuslichkeit, dies besonders, wenn Risikokonstellationen vorlagen; dies führte teilweise dazu, dass Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden.*

Im stationären Pflegebereich steht das Problem der Kontakt- und Besuchseinschränkungen für die Angehörigen im Vordergrund. In dieser Problematik wird auch eine erhebliche Belastung für das Pflegepersonal gesehen. Fehlende Gruppenangebote und sonstiger Aktivitäten und die damit einhergehende Beeinträchtigung der Tagesstruktur wird als Grund für Verschlechterungen des Gesundheitszustands und für Rückzug bei den Bewohnerinnen und Bewohnern gesehen.

Von 40 Leistungsträgern berichteten 21, dass von ihnen Notangebote, z. B. für den Ausfall von Tagespflege, eingefordert wurden. In den offenen Antworten wird nicht näher konkretisiert, wie solche Notangebote aussehen könnten. Erwähnt wird die Möglichkeit von Einkaufsdiensten.

2.2.5 Handlungsoptionen

In der Befragung war die pflegerische Versorgung kein Schwerpunktthema. Dennoch ergibt die Auswertung deutliche Hinweise auf ein unerwartetes Ergebnis: **die ambulante Pflege** war aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen und der Angehörigen während der Corona-Pandemie im Wesentlichen gewährleistet. Es wurde weder von den Betroffenen, den betreuenden Angehörigen noch von den Leistungserbringern eine auch nur partielle Unterversorgung als Pandemie-Folge mitgeteilt. Nur sehr vereinzelt scheint es zu kurzzeitigen vollständigen oder partiellen Schließungen einzelner Einrichtungen aufgrund von behördlichen Anordnungen gekommen zu sein.

Die Belastungen pflegender Angehöriger hatten sich deutlich erhöht; das Pflegegeld deckte den Corona-bedingten Mehraufwand nicht ab. Die Möglichkeit, einen Entlastungsbetrag zu erhalten, war vielen nicht bekannt; andererseits konnte der Entlastungsbetrag nicht in Anspruch genommen werden, da er für Leistungen durch Familienangehörige nicht gezahlt wurde, professionelle Kräfte aber nicht zur Verfügung standen. Die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege oder einer kurzzeitigen Unterbringung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe wurde häufig vermisst. Die Ergebnisse der Befragung geben deutliche Hinweise auf die hohen Belastungen der Mitarbeitenden und der Corona-bedingten Erschwernisse der Pflege [01]. Deshalb wünschten die Befragten Unterstützung, dabei wird aber oft nicht unterschieden, ob Pflege im engeren Sinne oder Assistenz benötigt wird.

Die Ergebnisse der Befragung sind nicht aussagekräftig genug, um aus ihnen detaillierte und umfassende Handlungsoptionen abzuleiten. Handlungsoptionen sind:

- Sicherstellen, dass der Pflege jederzeit alle notwendigen Schutz- und Hygienemittel zur Verfügung stehen.
- Der zeitliche Mehraufwand und die Belastungen durch die hohen Anforderungen für die Schutz- und Hygienemaßnahmen im Rahmen der Pandemie sollten beim Personaleinsatz berücksichtigt werden.
- Anpassung der Pflegesätze in der stationären Pflege an den höheren Personalbedarf, in der ambulanten Pflege Finanzierung des Mehrbedarfs; zusätzliche Finanzierung der Corona-bedingten Schutz- und Hygienematerialien [25].
- Auszahlung des Entlastungsbetrags auch, wenn pflegende Angehörige durch andere Angehörige in der Pflege unterstützt werden.
- Betroffene und Angehörige brauchen verlässliche Informationen und zugehende Beratung über die Vermeidung einer Ansteckung und die Schutz- und Hygienekonzepte der Pflegedienste und über materielle und finanzielle Unterstützungsleistungen [15].
- Beratung der zu Pflegenden und der Angehörigen über notwendige Schutz- und Hygienemaßnahmen in ihrem Alltag. Dabei Berücksichtigung der besonderen Risiken der zu Pflegenden und ggfs. auch besonderer Risiken der Angehörigen. Angehörige brauchen mehr Informationen, wohin sie sich wenden können, um Unterstützung zu erhalten [01].

Der Fokus lag in der stationären Versorgung auf Aspekten der sozialen Teilhabe, insbesondere im Kontext der Kontakt- und Besuchseinschränkungen. Siehe hierzu Handlungsoptionen zum Teil 4 – Soziale Teilhabe.

2.3 Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen mit Heilmittel und Hilfsmittel

2.3.1 Aus der Sicht der Betroffenen

Menschen mit Behinderung, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen sind meist auf eine intermittierende oder langzeitige, kontinuierliche Versorgung mit Heilmitteln

angewiesen. Oft benötigen sie darüber hinaus einer angemessenen Versorgung mit Hilfsmitteln. Es war zu vermuten, dass die Versorgung mit Heilmitteln und Hilfsmitteln unter der Corona-Pandemie und ihrer Bekämpfung in vielfältiger Weise beeinträchtigt war.

Auf die Frage nach den Auswirkungen der Corona-Pandemie und ihrer Bekämpfung auf die Therapien und Hilfsmittelversorgung für sie oder das Kind bzw. die/den Jugendlichen gaben 713 von den 3.443 Antwortenden (20,7 %) an, dass sie – zumindest seit Beginn der Pandemie – keine Heilmittel und Hilfsmittel benötigten, obwohl die meisten chronische Krankheiten und/oder Behinderungen hatten bzw. pflegebedürftig waren. Für 1.023 Betroffene (29,7 %) hatte die Corona-Pandemie keine (negativen) Auswirkungen auf die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Bei den anderen Befragten bestanden erhebliche Versorgungseinschränkungen. Ausgefallen oder nur unzureichend erfolgt waren Physiotherapie bei 34,9 % (1.202), Ergotherapie bei 10,6 % (364), Logopädie bei 3,0 % (102) und Fußpflege bei 12,7 % (436). Auch war die Hilfsmittelversorgung bei 12,4 % (407) der Befragten erheblich erschwert. (Mehrfachnennungen waren möglich).

Tabelle 21 (V16) Auswirkungen der Pandemie auf Therapien und Hilfsmittelversorgung

N = 3.443 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Es wurden keine Therapien oder Hilfsmittel benötigt.	713	20,7 %
Keine Auswirkungen	1.023	29,7 %
Physiotherapie ist ausgefallen oder nur unzureichend erfolgt	1.202	34,9 %
Ergotherapie ist ausgefallen oder nur unzureichend erfolgt	364	10,6 %
Logopädie/Sprachtherapie ist ausgefallen oder nur unzureichend erfolgt	102	3,0 %
Fußpflege ist ausgefallen oder nur in unzureichend erfolgt	436	12,7 %
Versorgung mit Hilfsmitteln war erheblich erschwert	422	12,3 %
Frühförderung für mein Kind ist ausgefallen oder nur unzureichend erfolgt (<i>hier bei der Betrachtung ausgeklammert</i>)	14	0,4 %
Gesamt	3.443	124,3 %

Die Einschränkungen der Therapien und der Hilfsmittelversorgung betraf alle Altersgruppen in etwa gleich.

Es gab für den Ausfall und die Einschränkungen der physio-, der ergotherapeutischen oder logopädischen Versorgung kaum Ersatzangebote. Für 1.009 von insgesamt 1.284 Antwortenden (78,6 %), bei denen die Therapien ausgefallen oder nur unzureichend erfolgt waren, standen keine Ersatzangebote zur Verfügung. Nur 86 (6,7 %) hatten Telefonkontakte, 95 (7,4 %) einen Ersatz durch Video-Sprechstunde/-beratung durch die Therapeutin. Nur bei 34 Betroffenen (2,6 %) wurde die Behandlung nun anstelle in der Praxis/Einrichtung in der Häuslichkeit der Betroffenen, also als Hausbesuch durchgeführt. (Siehe Tabelle 22 B – V16)

Tabelle 22 (B – V16) Wenn die Versorgung mit Heilmitteln (Physio-, Ergotherapie, Logopädie) eingeschränkt war, gab es therapeutische Ersatzangebote, die in Anspruch genommen werden konnten?

N = 1.284 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Während sonst in der Praxis der Therapeuten behandelt wurde, fand die Behandlung jetzt zu Hause bzw. im Betreuten Wohnen/Heim statt.	34	2,6 %
Als Videokontakt mit Video-Sprechstunde/-Beratung durch die Therapeutin	95	7,4 %
Nur als Telefonkontakt	86	6,7 %
Nein, es gab keine Ersatzangebote	1.009	78,6 %
Anders: ...	96	7,5 %

In Freitexten (96 offene Antworten) wurde beklagt, dass, wenn Therapien überhaupt angeboten wurden, sie nur sehr unregelmäßig stattfanden, oft unterbrochen oder nur gelegentlich online durchgeführt wurden. Mehrere der Befragten gaben an, dass sie auch angebotene Ersatztermine wegen der erhöhten Infektionsgefahr nicht wahrgenommen hatten, vor allem weil sie die Hygienemaßnahmen in den Praxen nicht ausreichend fanden. Einige fanden Ersatzangebote in Online-Kursen der Rheumaliga, andere nahmen an Fernseh-/Radio-Gymnastikkursen teil. Aber nur wenige gaben an, dass sie von diesen Angeboten profitieren konnten. Häufiger wurde das Fehlen von Ersatzangeboten für Lungensport, Gerätetraining, Yoga-Kurse, Fitnessstudio u. ä. geklagt. Andererseits berichteten mehrere Befragte von Eigeninitiative wie z. B. Walkinggruppen im Freien, die sie selbst organisiert hatten.

Diese Beeinträchtigungen der Heilmittelversorgung hatten teilweise sehr gravierende Folgen. Nur 72 der 1.336 Antwortenden (5,4 %) gaben keine (negativen) Folgen an. 520 (39,8 %) gaben an, dass sich ihr Gesundheitszustand insgesamt verschlechtert hatte. Die überwiegende Mehrheit hatte mehr Schmerzen (59,8 %); sehr häufig verschlechterte sich die Bewegungsfähigkeit bzw. Mobilität (69,7 %). Offensichtlich wegen fehlender Logopädie verschlechterte sich bei 48 (3,6 %) die Sprache (siehe Tabelle 23 B – V16b).

Tabelle 23 (B – V16b) Folgen von Ausfall oder Einschränkungen der Heilmittelversorgung

N = 1.336 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Keine Folgen	72	5,4 %
Mehr Schmerzen	799	59,8 %
Bewegungsfähigkeit/Mobilität wurde schlechter	931	69,7 %
Kam im Alltag schlechter zu Recht	469	35,1 %
Sprache hat sich verschlechtert	48	3,6 %
Gesundheitszustand insgesamt hat sich dadurch verschlechtert	520	38,9 %
Andere Folgen: ...	78	5,8 %

Diese aufgeführten Verschlechterungen waren zwischen den verschiedenen Formen der Behinderungen nicht wesentlich unterschiedlich, es sei denn eine seelische Behinderung oder eine Schwermehrfachbehinderung lag vor. Bei den 265 Menschen mit einer seelischen Behinderung berichteten 59,8 % (159) am häufigsten von allen darüber, dass sie mit dem Alltag

schlechter zurechtkamen, und 56,4 % (150), dass sich durch den Ausfall und die Einschränkungen der Therapien ihr Gesundheitszustand insgesamt verschlechtert hatte. Von 68 Menschen mit einer Schwermehrfachbehinderung gaben 57 (83,4 %) überhäufig eine Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit und Mobilität, 32 (47,1 %) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands insgesamt an. Auch diese Ergebnisse unterstreichen, dass sich bei diesen beiden Behinderungsgruppen um besonders vulnerable Menschen handelt, die auf eine regelmäßige und angemessene Gesundheitsversorgung in besonderem Maße angewiesen sind und die unter den Beeinträchtigungen der Pandemie große Nachteile erlitten hatten.

Darüber hinaus zeigen 77 Freitexte weitere Aspekte einer gravierenden Verschlechterung des Gesundheitszustands bei einer nicht mehr in angemessener Weise gewährleisteten Heilmittelversorgung auf. *Sehr häufig wurden psychische Verschlechterungen wie psychische Belastungen, psychosomatische Symptome, Depression, Panik, Suizidgedanken, mehr selbstverletzendes Verhalten, Vereinsamung, Unsicherheit – aber auch verstärkte kognitive Probleme und Konzentrationsschwäche genannt. Ferner zeigten sich häufig auch auf der Körperebene Verschlechterungen wie Lymphstau, Wasseransammlung, Stoffwechselentgleisungen z. B. bei Diabetes mellitus, unkontrollierte Gewichtszunahme, Instabilität der Wirbelsäule (Gleiten) und Zunahme der Spastik.*

2.3.2 Aus der Sicht der Angehörigen

822 von 1088 (75,6 %) Angehörigen gaben an, dass die von ihnen Betreuten normalerweise Therapien erhalten oder erhalten sollten. Die Verteilung ist in der Tabelle 24 (A – V33) wiedergegeben.

Tabelle 24 (A – V33) Welche Therapien erhält bzw. sollte die von Ihnen betreute Person normalerweise erhalten?

N = 822 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Physiotherapie/Krankengymnastik	598	72,7 %
Ergotherapie	384	46,7 %
Logopädie	297	36,1 %
Lerntherapie	33	4,0 %
Psychotherapie	113	13,7 %
Sonstige Therapie (z. B. in einer Erziehungsberatungsstelle)	132	16,1 %
Keine Antwort trifft zu	4	0,5 %

Dabei erhalten Kinder und Jugendliche mehr Ergotherapie und Logopädie, während Erwachsene, insbesondere auch die 70-jährigen und älter mehr Physiotherapie erhalten.

Die Frage, ob die Therapien wegen der Corona-Pandemie ausgefallen oder vermindert worden sind, beantworteten 801 Angehörige. Bei dem überwiegenden Teil mit 704 (87,9 %) waren die Therapien ausgefallen oder vermindert. Dabei waren die Therapien in 23,0 % ganz, in 47,1 % zeitweise ganz ausgefallen und in 17,9 % nur vermindert durchgeführt worden.

Die Frage, ob sich die gesundheitliche Situation der von Ihnen betreuten Person durch den Ausfall oder die Verminderung der Therapien verschlechtert hatte, beantworteten 439 von 687 (63,9 %) mit „eher ja“; weitere 112 (16,3 %) antworteten mit „weiß nicht“, 136 (12,1 %) gaben

keine Verschlechterung an. Nach Angaben der 439 Angehörigen, die die vorige Frage mit „eher ja“ beantwortet hatten, kam es vor allem zu einer Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit/ Mobilität (71,5 %), im Verhalten (54,7 %), und in der Aufmerksamkeit/ Selbständigkeit (45,1 %). Bei den Erwachsenen stand die Beeinträchtigung der Beweglichkeit mehr im Vordergrund, während es bei den Kindern und Jugendlichen neben der Beweglichkeit die Verschlechterung der Sprache und Verschlechterungen im Verhalten waren (siehe Tabelle 25 A – V36, Seite 43).

In den 55 Freitexten werden hier insbesondere folgende psychische Probleme geschildert: *Rückzug von Jugendlichen, depressive Phasen, Traurigkeit, der Lebenszweck wird in Frage gestellt bis hin zu Suizidgedanken. Es fehlt Tagesstruktur, wodurch mehr Verhaltensauffälligkeiten (aggressives Verhalten) und eine Desorientierung beobachtet werden kann.* Ferner werden folgende körperliche Beeinträchtigungen genannt: *Gewichtszunahme, Lymphstau, schlechtere Nahrungsaufnahme, Schluckprobleme, Verschlimmerung Skoliose und die Entstehung von Dekubitus.*

Tabelle 25 (A –V36) In welcher Hinsicht hat sich die gesundheitliche Situation der von Ihnen betreuten Person durch den Ausfall und die Verminderung der Therapien verschlechtert?

N = 439 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
In der Bewegungsfähigkeit	314	71,5 %
In der Sprache	116	26,4 %
In sonstigen Fähigkeiten: Aufmerksamkeit, Selbständigkeit	198	45,1 %
Im Verhalten	240	54,7 %
In anderer Hinsicht, und zwar:...	58	13,2 %
Keine Antwort trifft zu	2	0,5 %

2.3.3 Aus der Sicht der Leistungserbringer

Insgesamt 24 Einrichtungen der Gesundheitsversorgung beteiligten sich an der Befragung, die auch Heilmittel (Physio-, Ergotherapie und Logopädie) erbringen. Die Fragen wurden nur an die Leitungen dieser Dienste und Einrichtungen gerichtet.

Die folgenden Fragen beantworteten nur wenige Einrichtungen, daher können die Antworten nur als Trends gewertet werden. 12 Heilmittelerbringer beantworteten die Frage: *Wie stark ist die Zahl der Patientinnen und Patienten in den Monaten September/Oktober 2020 im Vergleich zum Vorjahr vermindert?* Auch in der Zeit eines „lockeren“ Lockdown (September/Oktober 2020) war die Patientenzahl nur bei 3 Einrichtungen nicht zurückgegangen, bei 6 Einrichtungen war sie um 20 – 30 % und bei einer Einrichtung um 50 % und bei zweien sogar um 80 % reduziert. Als Gründe wurde in erster Linie die Angst der Patientinnen und Patienten vor einer Ansteckung genannt (9 von 12): Ferner nannten 9 Einrichtungen die Weigerung der Pflegeheime und der Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, den Therapeuten (zeitweise ganz oder teilweise) Zugang zu den Heimen zu gewähren. 2 Einrichtungen nannten auch die Nichtumsetzbarkeit von Hygieneregeln als Grund für die Leistungsreduktion.

Ersatzangebote – z. B. in Form von Hausbesuchen – konnten nur 2 von 10 Einrichtungen anbieten.

Als Folgen für die Patientinnen und Patienten werden von den Vertretern der Dienste und Einrichtungen Verschlechterung von motorischen Funktionen, von Alltagskompetenzen, von neuropsychologischen Beeinträchtigungen und der seelischen Verfassung genannt. Nur die Hälfte der Einrichtungen war in der Lage, in akuten und dringlichen Fällen eine Behandlung durchzuführen.

Probleme mit den Auflagen zum Hygienekonzept der jeweiligen Stadt und des Bundeslandes wurde gesondert erfragt: nur 4 von 12 Einrichtungen hielten die Auflagen für eindeutig und klar, und 7, also etwas mehr als die Hälfte für umsetzbar. 2 Einrichtungen bestätigten, dass die Auflagen mehrfach wechselten und ebenfalls nur 2 Einrichtungen sahen sie in Übereinstimmung mit den Vorschriften der Berufsgenossenschaft.

Die Mehrheit hielt die Zugangsverbote zu den Heimen für nicht sachgerecht und angemessen (7 von 11). Alle hielten ein tragfähiges Hygienekonzept, das die Behandlung in den Heimen ermöglicht, für vorstellbar. In Freitexten werden Schutzmaßnahmen genannt und zugleich betont, dass *„therapeutische Besuche nicht mit Besuchen aus dem privaten Bereich gleichgesetzt werden sollten, da ein Rehabilitationsbedarf/ -auftrag besteht.“* Die Durchführung von Hausbesuchen halten alle Einrichtungen bei Beachtung eines praktischen Hygienekonzepts für möglich.

Zur wirtschaftlichen Situation sollten die Einrichtungen einschätzen, wie hoch insgesamt der finanzielle Mehrbedarf auf Grund der Corona-Pandemie in Prozent der Entgelte war. 4 Einrichtungen schätzten ihn auf ca. 0 – 15 %, 4 weitere auf 20 – 35 % und 1 Einrichtung auf 40 %.

Nur eine Einrichtung konnte angeben, dass sie Ausgleichszahlungen in Form eines Vergütungszuschlags erhalten hatte. Die Gründe, warum Ausgleichszahlungen nicht erfolgten, konnte im Rahmen der Befragung nicht beantwortet werden; es stellt sich die Frage, ob die Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung in der Pandemie für die Einrichtungen nicht bekannt waren oder ob sie diese nicht nutzen wollten. Die Einrichtung, die Vergütungszuschläge erhalten hatte, schätzte sie gemessen am Mehraufwand als nicht ausreichend ein. Aktuell schätzte sich keine der Einrichtungen für wirtschaftlich gefährdet ein, eine Mehrheit (6 von 10) befürchtete dies aber für das Jahr 2021.

Die Frage: *„Was benötigen Sie an Unterstützung, um die Patientenversorgung auch unter Pandemiebedingungen sicherzustellen?“* beantworteten 12 Einrichtungen. (Details siehe Tabelle 26 E – V158) Mehrheitlich wurden die Erhöhung der Vergütung (aber nur einmal die Erhöhung der Ausgleichszahlungen) und die erleichterte und refinanzierte Beschaffung von Schutzmaterialien (jeweils 7 von 12) genannt. Ferner werden klare und umsetzbare (Hygiene-) Vorgaben und bessere Informationen der Patienten gewünscht.

Tabelle 26 (E – V158) Von Heilmittelerbringern benötigte Unterstützung bei der Patientenversorgung, N = 12 – Mehrfachnennungen möglich

Klare und umsetzbare Vorgaben	6
Individuelle Gefährdungsbeurteilungen bei Patienten, um Einschränkungen zu vermeiden	2

Mehr Flexibilität in den stationären Einrichtungen	3
Fortsetzung der Ausgleichszahlungen	3
Erhöhung der Ausgleichszahlungen	1
Vergütungserhöhungen	7
Erleichterte und refinanzierte Beschaffung von Schutzmaterialien	7
Bessere Information der Patienten	4

2.3.4 Aus der Sicht der Akteure der Zivilgesellschaft

Gefragt nach den Problemen, mit denen die Familien, in deren Haushalten behinderte und pflegebedürftige Angehörige leben und in der Pandemie vor allem konfrontiert sind, nannten die Akteure der Zivilgesellschaft u. a. sehr häufig den Wegfall bzw. die Einschränkung von Therapien – von 131 waren dies 103 (78,6 %).

2.3.5 Handlungsoptionen

Heilmittel sind ein wesentliches Element der Gesundheitsversorgung; insbesondere sind Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen auf eine intermittierende oder kontinuierliche Versorgung mit Heilmitteln angewiesen. Im Rahmen der Corona-Pandemie war die Versorgung mit Heilmitteln sehr häufig ausgefallen oder sie konnte nur unzureichend und vermindert erfolgen. Ersatzangebote waren die Ausnahme, meist nur als Telefon- und Videokontakte mit Sprechstunde/Beratung. Therapeutische Hausbesuche als Ersatz fanden nur in Einzelfällen statt. Dies hatte negative Folgen für die Betroffenen: mehr Schmerzen, Verschlechterung der Mobilität und der Alltagskompetenz und des Gesundheitszustands insgesamt, bei den betroffenen Kindern darüber hinaus Verhaltensstörungen und Verschlechterung der Sprache und kognitiver Fähigkeiten. Diese Verschlechterungen waren bei Menschen mit seelischer Behinderung und mit einer Schwerstmehrfachbehinderung besonders ausgeprägt.

Handlungsoptionen:

- Auch unter Pandemiebedingungen sollte die Heilmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Krankheiten so weit wie möglich aufrechterhalten bleiben; Zugangshindernisse sollten abgebaut werden.
- Bessere Informationen der Patienten über die Corona-Schutzmaßnahmen und die sich daraus ergebenden Abläufe in den Praxen/Therapiezentren; individuelle Einweisung der Patienten.
- Erstellung und konsequente Umsetzung eines Hygienekonzepts unter Einbeziehung der Mitarbeitenden auf der Grundlage der Vorgaben des RKI, der Landesbehörden und der Berufsgenossenschaften, das neben den allgemeinen Regelungen auch deren Umsetzung unter den konkreten Gegebenheiten der Praxis/des Therapie-zentrums konkretisiert. Es muss vom gesamten Personal mitgetragen werden.

- Patientensteuerung mit telefonischer oder digitaler Terminvereinbarung, um Patientenansammlungen in der Praxis sicher zu vermeiden; Aufenthalte in der Praxis so kurz wie möglich halten.
- Es gilt, den Patientinnen und Patienten überzeugend zu vermitteln, dass zu ihrer Sicherheit das Optimum getan wird und das Infektionsrisiko auf ein Minimum reduziert wird.
- Ersatzweise zugehende Information und Beratung der Patientinnen Patienten, u. a. auch regelmäßig telefonisch.
- Video-/Online-Therapien als Ersatzangebote, wo sinnvoll und durchführbar (z. B. Logopädie) [17], [43].
- Für Patientinnen und Patienten mit hohen Risiken für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion sollte die therapeutische Versorgung durch Hausbesuche angepasst und sichergestellt werden. Dazu sind verbindliche Schutzregelungen zu beachten. Nutzung des dafür vorhandenen Spielraumes der Heilmittelrichtlinie unter Pandemiebedingungen [17].
- Regelungen für eine angemessene Finanzierung der Ersatzangebote.
- Sicherstellung der therapeutischen Versorgung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern (Menschen mit Behinderungen, Stationäre Pflege) durch enge Abstimmung der Schutz- und Hygienemaßnahmen mit dem Personal der Einrichtungen auf Leitungs- und Mitarbeiterebene.
- Die gleichzeitige Behandlung von mehreren Patientinnen und Patienten (zum Beispiel in Kleingruppen) ist nur bei entsprechend großen Räumlichkeiten mit guter Belüftung oder im Freien möglich.
- Leistungserbringer brauchen klare, angemessene und eindeutige Vorgabe bzgl. der zu ergreifenden Schutz- und Hygienemaßnahmen. Dazu gehören konkrete und differenzierte Regelungen für die therapeutische Versorgung in der Praxis, in Privathaushalten und in stationären Einrichtungen.
- Finanzielle Ausgleichs sollten die Mehrkosten für die Schutz- und Hygienemaßnahmen und die höheren Personaleinsatz abdecken [43].
- Gewährleistung einer angemessenen Hilfsmittelversorgung auch unter Pandemiebedingungen (inkl. Anpassung vor Ort/am Patienten, Hausbesuch und Erprobung) [04].

2.4 Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen mit Funktionstraining und Reha- Sport

2.4.1 Aus der Sicht der Betroffenen

782 der Teilnehmenden hatten angegeben, dass Sie im Jahre 2020 Funktionstraining oder Reha-Sport nutzten oder nutzen wollten; diese Untergruppe war mit 46,4 % unter allen, die für sich im Bereich der Gesundheitsversorgung Probleme sahen, deutlich überrepräsentiert. Dabei zeigte sich, dass bei ihnen chronische Gelenks- oder Wirbelsäulen-Erkrankungen einschließlich Rheuma mit 74,5 % der Nennungen ganz im Vordergrund standen; gefolgt

wurden sie von chronischen Atemwegs- oder Lungenerkrankungen mit 29,7 %, chronischen psychischen Erkrankungen mit 28,0 % und Herz-Kreislaufkrankungen mit 25,1 %. Stoffwechselerkrankungen, Nervenerkrankungen und Krebserkrankungen wurden seltener genannt (18,1 %, 15,8 % bzw. 7,1 %).

Tabelle 27 (B – V52_4) Chronische Erkrankungen der Betroffene, die Funktionstraining oder Rehabilitationssport nutzten oder nutzen wollten

N = 772 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Gelenks- oder Wirbelsäulen-Erkrankung einschl. Rheuma	575	74,5 %
Herz-/Kreislaufkrankung	194	25,1 %
Stoffwechselerkrankung	140	18,1 %
Erkrankung des Nervensystems (z. B. Cerebralparese, Spina bifida, Schädel-Hirn-Verletzung, Schlaganfall, Multiple Sklerose)	122	15,8 %
Krebserkrankung	55	7,1 %
Psychische Erkrankung	216	28,0 %
Chronische Atemwegs- oder Lungenerkrankung	229	29,7 %
Andere chronische Erkrankung: ...	133	17,2 %
Keine chronische Erkrankung	6	0,8 %

Entsprechend stand bei den Behinderungen in der Gruppe, die Funktionstraining oder Reha-Sport nutzten oder nutzen wollten, die Körperbehinderung mit 73,2 % (563 von 769, die antworteten) ganz im Vordergrund, gefolgt von der seelischen Behinderung mit 16,6 % (128). Seh- und Hörbehinderungen wurden mit 6,2 % bzw. 6,0 % (48 bzw. 46 Teilnehmer) genannt. Von den Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung waren mit 1,8 % (14) nur wenige vertreten. Nur 31 (4,0 %) gaben an, keine Behinderung zu haben.

Nur diejenigen, die angegeben hatten, eine Behinderung zu haben, wurden nach einem festgestellten Grad der Behinderung (GdB) gefragt. 727 beantworteten die Frage: einen GdB hatten 654 (88,7 %), keinen GdB hatten 82 (11,3 %).

Die größte Gruppe mit über einem Drittel (255, 35,1 %) hatte einen GdB von 50 bis unter 70, gefolgt von 154 (21,5 %) mit einem GdB von 30 – unter 50. Einen GdB von 70 bis unter 90 hatten 100 (13,8 %), 136 (18,7 %) einen GdB von 90 – 100.

Tabelle 28 (B – V8) Grad der Schwerbehinderung

1 Nein	82	11,3 %
2 Ja, GdB von 30 (bis unter 50)	154	21,2 %
3 Ja, GdB von 50 (bis unter 70)	255	35,1 %
4 Ja, GdB von 70 (bis unter 90)	100	13,8 %
5 Ja, GdB von 90 bis 100	136	18,7 %
Gesamt	727	100,0 %

Pflegebedürftigkeit lag bei 135 von 773 (17,5 %) vor.

Ärztliche Verordnungen für Funktionstraining lagen bei 404 von 622, für Reha-Sport bei 357 von 617 der Antwortenden vor. Es war aber eine Ausnahme, dass trotz Verordnung Funktionstraining und Reha-Sport überhaupt oder ohne wesentliche Einschränkungen durchgeführt werden konnten, beim Funktionstraining war dies nur in 7,0 % (bei 28 von 401 Antwortenden), beim Reha-Sport nur in 6,8 % (24 von 354 Antwortenden) der Fall. Demgegenüber fanden Funktionstraining bei 208 (51,9 %) und Reha-Sport bei 175 (49,4 %) überhaupt nicht statt. Ferner waren für 165 (41,1 %) das Funktionstraining, für 155 (43,8 %) der Reha-Sport nur mit Einschränkungen möglich.

Tabelle 29 (B – V67 und V68) Durchführung von ärztlich verordnetem Funktionstraining und Reha-Sport

	Funktionstraining		Reha-Sport	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1 Ja	28	7,0 %	24	6,8 %
2 Nur eingeschränkt	165	41,1 %	155	43,8 %
3 Nein	208	51,9 %	175	49,4 %
Gesamt	401	100,0 %	354	100,0 %

Der hauptsächliche Grund, warum das Funktionstraining und der Reha-Sport nicht wie geplant durchgeführt werden konnten, war, dass die Angebote wegen der Corona-Pandemie nicht verfügbar waren (495 von 577 Antwortenden, 85,8 %). Zweithäufigster Grund war die Angst der Nutzerinnen und Nutzer vor einer Infektion (bei 22,9 %). Die Reduktion der Teilnehmerzahl in den Kursen war bei fast jedem Fünften der Grund, dass ihm kein Platz zur Verfügung stand (Mehrfachnennungen waren möglich).

Tabelle 30 (B – V69) Gründe, warum Funktionstraining oder Reha-Sport nicht wie geplant durchgeführt werden konnten

N = 577 Mehrfachnennungen möglich Das Funktionstraining oder der Reha-Sport konnten nicht wie geplant durchgeführt werden, weil . . .	Anzahl	%
...die Angebote wegen Corona nicht verfügbar waren.	495	85,8 %
... die Anzahl der Teilnehmer wegen Corona reduziert war, so dass für mich kein Platz zur Verfügung stand.	115	19,9 %
... eine eigene Erkrankung (Corona oder einer anderen Erkrankung) vorlag.	32	5,5 %
... Angst vor Infektionen bestand.	132	22,9 %
... sonstiger Grund	40	6,9 %
Keine Antwort trifft zu	6	1,0 %

Das große Ausmaß der Einschränkungen von Funktionstraining und Reha-Sport wird besonders an den Angaben deutlich, wie lange die Angebote nicht verfügbar waren. Nur 24 von gesamt 501 Antwortenden (4,8 %) gaben an, dass das Angebot für sie „nur“ bis zu 6 Wochen

nicht verfügbar war, für weitere 95 (19,0 %) waren dies 7 bis zu 12 Wochen, also ein Zeitraum, der in etwa dem des ersten Lockdown entsprach. Für drei Viertel der Teilnehmenden waren es 13 Wochen und mehr, bis hin zu 52 Wochen (siehe Tabelle 31 B – V70).

Tabelle 31 (B – V70) Wochen der Nichtverfügbarkeit des Funktionstrainings und/oder des Reha-Sports

Wochen	Anzahl	%
0 – 6	24	4,8 %
7 – 12	95	19,0 %
13 – 24	137	27,3 %
25 – 36	144	28,7 %
37 – 52	98	19,6 %
Gesamt	501	100,0 %

Als Folgen für den Ausfall bzw. einer langen Unterbrechung des Funktionstrainings oder des Reha-Sports (hier gemeinsam erfragt) sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeben, ob sich körperliche Belastbarkeit und Schmerzen verschlechtert hatten (Tabelle B-V71, Spalte 2 und 3). Eine *sehr starke* bzw. *starke* Verschlechterung gaben 397 von der 560 Antwortenden (70,9 %), weitere 150 (26,8 %) *etwas verschlechtert* an, während nur 13 (2,3 %) keine Verschlechterung berichteten. Sehr stark bzw. stark psychisch belastend war der Ausfall bzw. eine lange Unterbrechung des Funktionstrainings und des Reha-Sports für 241 von 522 Antwortenden (46,1 %), für 213 (40,7 %) war dies etwas und für 69 (13,2 %) nicht psychisch belastend.

Tabelle 32 (B -V71) Folgen von Ausfall oder langer Unterbrechung von Funktionstraining und/oder Reha-Sport

	Verschlechterung körperlicher Belastbarkeit und Schmerzen		Psychische Belastung	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1 Nein	13	2,3 %	69	13,2 %
2 Etwas	150	26,8 %	213	40,7 %
3 Stark	293	52,3 %	171	32,7 %
4 Sehr stark	104	18,6 %	70	13,4 %
Gesamt	560	100,0 %	523	100,0 %

Es fällt auch hier auf, dass die Befragten, die angaben, an einer chronischen psychischen Erkrankung zu leiden, bei den körperlichen Verschlechterungen mit 82,2 % (gegen Gesamtheit mit 70,9 %) als auch bei der psychischen Belastung mit 72,2 % (gegen gesamt 46,1 %) am häufigsten schwer stark und stark von den Einschränkungen des Funktionstrainings und des Reha-Sports betroffenen waren.

Die Befragten, die Funktionstraining oder Reha-Sport nutzten oder nutzen wollten, äußerten sich auch in 782 Freitextantworten zum Ausfall bzw. den Einschränkungen dieser Leistungen. Auch hier standen Aspekte der körperlichen und psychischen Verschlechterung im Vordergrund. Insgesamt lassen sich die Freitexte folgendermaßen zusammenfassen:

- *Erhebliche Zunahme krankheitsbedingter Beeinträchtigungen wie Schmerzen, reduzierte Kraft und Beweglichkeit/Mobilität, Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands – „bis auf Nullpunkt“, Kreislaufschwäche und – insbesondere bei Rheuma – Steifigkeit.*
- *Der Wegfall der Leistungen hatte soziale Isolation, Einsamkeit, Verzweiflung, Angst, das Haus zu verlassen, Depression, Antriebslosigkeit und psychosomatische Symptome zur Folge.*
- *Öfter wurde ein Zirkel beschrieben: weniger Therapie und Sport, mehr Depression und Zurückgezogenheit, was wiederum zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes führte.*
- *Häufig wurde der Verlust von Kommunikation, Austausch, gesellschaftlicher Teilhabe und Verlust eines Wochenrhythmus durch den Wegfall genannt.*
- *Insbesondere wurde der Ausfall von Kursen für Wassergymnastik bzw. -anwendungen, Lungensport und Herzsport als Grund für gesundheitliche Verschlechterungen genannt.*
- *Privat praktiziertes, alternatives Training wurde nicht als angemessenen Ersatz gesehen, weil die fachliche Anleitung fehlte.*
- *Mehrfach wurde kritisiert, dass es als Ersatz zu wenig Onlineangebote gab bzw. bestehende Angebote nicht online gestellt wurden.*
- *Der Erfolg einer Rehabilitation war beeinträchtigt oder in Frage gestellt, da Funktions-training und Reha-Sport nach der Rehabilitation nicht wahrgenommen werden konnten.*

2.4.2 Aus der Sicht der Leistungserbringer

Während des Lockdowns im Frühjahr 2020 waren die Einrichtungen, die Funktionstraining und Reha-Sport anbieten, weitgehend geschlossen. Man kann davon ausgehen, dass die Schließungen jeweils von der Corona-Ausbruchssituation und den Lockdown-Maßnahmen abhängig waren und es damit nach dem Lockdown im Frühjahr 2020 zu immer wieder wechselnden Situationen kam. Ein Leistungserbringer schildert zum Beispiel: *„Das Funktions-training fand von Mitte März bis Ende Mai gar nicht statt, danach in einigen Einrichtungen, bis Ende Oktober zu ca. 35 % des Niveaus von Anfang März, danach wieder rückläufig auf zur Zeit 20 %. Veranstaltungen wurden abgesagt bzw. finden online statt, zwischenzeitlich hybrid.“* Ferner wurde freitextlich berichtet, dass Gruppenangebote, wenn überhaupt, nur sehr eingeschränkt möglich waren, genannt wurden unter den Reha-Sportangeboten z. B. *Herz-Sport, Gerätetraining und Wasserkurse.*

Gefragt wurde, ob das Funktionstraining und der Reha-Sport nach Ende der vollständigen Schließungen wieder durchgeführt werden konnte. Es antworteten 15 bzw. 25 Leistungserbringer.

Tabelle 33 (E – V130 / V131) Konnten das Funktionstraining und der Reha-Sport nach den vollständigen Schließungen wieder durchgeführt werden?

	Funktionstraining	Reha-Sport
Ja	3	8
Nur eingeschränkt	10	11
nein	2	6
Gesamt	15	25

Von 15 Einrichtungen konnten 3 das Funktionstraining uneingeschränkt wieder weiterführen, weitere 10 konnten dies nur eingeschränkt wieder durchführen, zwei gar nicht. Von den 25 Einrichtungen für Reha-Sport konnten dies 8 ohne Einschränkungen, weitere 11 nur eingeschränkt, 6 nicht. Insgesamt waren die Einrichtungen nach Angaben der Leistungserbringer 4 bis 20 Wochen nach der vollständigen Schließung nicht oder nur eingeschränkt verfügbar. Dies weicht von den Angaben der Betroffenen ab, die die Nichtverfügbarkeit der Angebote insgesamt für deutlich längere Zeiträume angegeben hatten (siehe Tabelle 31 B – V70).

Die Entscheidungen für die vollständigen und teilweisen Schließungen der Einrichtungen wurden nach Angaben von 21 Leistungserbringern getroffen: am häufigsten aufgrund behördlicher Auflagen mit 18 Nennungen, gefolgt von 15 Nennungen aufgrund von Entscheidungen des Trägers der Einrichtung, in 2 Fälle auch aufgrund der Entscheidung des Leistungsträgers. (Mehrfachnennungen waren möglich.)

Leistungserbringer von Reha-Sport gaben als weiteren Grund, warum der Reha-Sport in ihrer Einrichtung nicht oder nur teilweise durchgeführt werden konnte, die mangelnde Verfügbarkeit geöffneter Therapie- und Sportstätten an (8 von 17 Leistungserbringern). 11 nannten als Grund notwendige Platzreduzierungen aufgrund der Corona-Regelungen. Neben diesen Restriktionen gab es nach Angaben der Leistungserbringer aber auch Gründe von Seite der Klientinnen und Klienten. Demnach haben Teilnehmende das Funktionstraining oder den Reha-Sport nicht wieder angetreten oder fortgeführt: wegen Angst vor einer Infektion (18 Nennungen von insgesamt 27), wegen einer Covid-19-Erkrankung, einer anderen Erkrankung (3 Nennungen) oder aufgrund ärztlicher Empfehlung (z. B. Risikogruppe) mit 8 Nennungen (Mehrfachnennungen waren möglich).

Ähnlich wie die Ergebnisse der Befragung der Betroffenen schätzen auch die Leistungserbringer mehrheitlich ein, dass der Ausfall und die Unterbrechung der Leistungen zu Verschlechterungen der körperlichen Belastbarkeit und der Schmerzen und zu einer psychischen Belastung der Teilnehmenden führten.

Bezüglich der finanziellen Situation wurde gefragt, ob die Leistungserbringer Ausgleichszahlungen oder finanzielle Ausgleiche erhalten hatten. Von 17 Antwortenden hatten 3 finanzielle Ausgleiche erhalten (jeweils 1 x nach einem Schutzschirm, aber nicht SODEG, Unterstützung für kleinere oder mittlere Unternehmen, Vergütungserhöhung). Die finanziellen Ausgleiche wurden als nicht ausreichend bewertet.

Für das Jahr 2021 schätzen 18 von 23 Einrichtungen ein, dass das Funktionstraining und der Reha-Sport im eingeschränkten Regelbetrieb bei der bisherigen Kostenregelung finanziell nicht kostendeckend angeboten werden kann. Die Frage, ob die Existenz der Angebote ganz oder zumindest teilweise bedroht sei, beantworteten 17 Leistungserbringer, davon 7 mit „ja“, 10 mit „teilweise“; ausschließen konnte dies keiner der Leistungserbringer.

In 24 Freitexten beantworteten die Leistungserbringer die Frage, was für das Jahr 2021 benötigt wird, damit möglichst viele Angebote (Funktionstraining und Reha-Sport) gemacht und refinanziert werden könnten. *Es wurde in erster Linie eine Erhöhung der Vergütung, teils als Erhöhung der Finanzierungssätze, teils in Form von Aufschlägen gefordert, um Mindereinnahmen und Mehraufwand auszugleichen. So sollten die Einbußen durch kleinere Gruppengrößen und die Mehrkosten u. a. für Hygienemaßnahmen gegenfinanziert werden. Auch*

wurden zum Ausgleich von Verlusten eine Fixkostenerstattung von 40 % der Kostenträgererstattungen aus 2019 und die Erhöhung der Aufschläge pro Teilnehmerin oder Teilnehmer von 6 auf 9 Euro gefordert. Mehrere Leistungserbringer sehen Möglichkeiten, Funktionstraining und Reha-Sport auch als Online-Kurse bzw. Hybridkurse anzubieten, und fordern die Krankenkassen auf, diese zuzulassen und angemessen zu finanzieren.

Seitens der Leistungsträger und Akteure der Zivilgesellschaft liegen keine Befragungsergebnisse zum Thema Funktionstraining und Reha-Sport vor.

2.4.3 Handlungsoptionen

Funktionstraining und Reha-Sport sind für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen ein wesentliches Element der Gesundheitsversorgung. Über ihre Übungseffekte in Hinblick auf die Erkrankungen selbst, auf die Schädigungen und Beeinträchtigungen hinaus stellen sie für diese Menschen ein wesentliches Element ihrer Teilhabe und Inklusion als auch zur (Wochen-)Strukturierung dar; letzteres ist für Menschen mit chronisch-psychischen Erkrankungen besonders wichtig. Funktionstraining und Reha-Sport sind die Bereiche, die im Rahmen der Corona-Pandemie – wenn auch regional unterschiedlich – am meisten von teils monatelangen Schließungen und Angebotsreduzierungen betroffen waren.

Der hauptsächliche Grund ist, dass Funktionstraining und Reha-Sport ausschließlich in Gruppen durchgeführt werden und solche Gruppenaktivitäten mit einem deutlich erhöhten Expositions- und Infektionsrisiko einhergehen. Zum anderen ist ihre Durchführung in der Regel an Räumlichkeiten wie Trainingshallen, MTT-Einheiten oder Schwimmbäder/ medizinische Bäder gebunden, die unter Pandemiebedingungen nicht zur Verfügung standen. Auch umfangreiche Hygienekonzepte konnten den Ausfall von Funktionstraining und Reha-Sport nicht verhindern.

Handlungsoptionen:

- Funktionstraining und Reha-Sport sollten auch unter Pandemiebedingungen so weit wie möglich den Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen zur Verfügung stehen. Ein tragfähiges, jeweils differenziertes Schutz- und Hygienekonzept ist dafür die Voraussetzung. Dieses Konzept sollte die breite Anwendung von Schnelltestungen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Kursleiterinnen und -leiter vorsehen. Auch das Tragen von MNS sollte zumindest bei nichtaktiven Kurselementen so weit wie möglich vorgesehen sein.

Gefragt sind kreative Lösungen – diese können sein:

- Verlagern der Anwendungen möglichst ins Freie.
- Indoor-Gruppenaktivitäten setzen ein für die jeweilige Räumlichkeit definiertes Schutz- und Hygienekonzept voraus. Dieses enthält Festlegungen zur Anpassung der Gruppengrößen an die Raumgröße, damit i. d. R. Verkleinerung der Gruppen, zur Durchlüftung, (Nicht-)Benutzung von Umkleieräumen u. a.
- Ausweichen auf große Räumlichkeiten (z. B. leerstehende Turnhallen).
- Verzicht auf Wasseranwendungen.

- Anbieten und Durchführung von Online-Training über Videoangebote.
- Bessere Informationen der Patienten über die Corona-Schutzmaßnahmen und die sich daraus ergebenden Abläufe für die jeweiligen Trainingseinheiten; individuelle Einweisung der Teilnehmenden.
- **Leistungserbringer** sind aufgefordert, Schutz- und Hygienekonzept jeweils für die einzelnen Kurse zu entwickeln und mit Hygieneverantwortlichen ggfs. auch mit Gesundheitsämtern abzustimmen.
- Die Fortbildung, Schulung und Einweisung der Kursleiterinnen und -leiter in Hinblick auf Schutz- und Hygienemaßnahmen ist eine wesentliche Aufgabe der Leistungserbringer (Vorwissen kann bei – vielen nicht medizinisch/therapeutisch vorgebildeten – Kursleiterinnen und -leitern nur sehr begrenzt vorausgesetzt werden).
- Leistungserbringern sollte der entstehende Mehraufwand und die damit verbundenen Kosten und die Mindereinnahmen in vollem Umfang vergütet werden, wenn diese transparent und nachvollziehbar erfasst wurden.
- **Leistungsträger** sollten die Leistungserbringer bei der Entwicklung von „pandemietauglichen“ Angeboten und den dafür notwendigen Schutz- und Hygienekonzepten unterstützen [43].
- Die mit den Mehraufwänden verbundenen Mehrkosten und die Mindererlöse sollten gegenfinanziert werden [43].
- Finanzierung von Online-Angeboten.

2.5 Die Auswirkungen der Corona-Pandemie und ihrer Folgen auf die medizinische Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen

2.5.1 Aus der Sicht der Betroffenen

Insgesamt hatten 822 Personen eine rehabilitative Behandlung genutzt oder wollten sie nutzen. Bei über der Hälfte (442, 53,8 %) war es eine stationäre medizinische Rehabilitation; 259 (31,5 %) hatten oder wollten eine ambulante medizinische Rehabilitation nutzen, 39 (4,7 %) eine mobile Rehabilitation, 46 (5,6 %) eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) und 36 eine medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase II).

Tabelle 34 (B – V52) Genutzte oder geplante Rehabilitation

	Anzahl	%
Stationäre medizinische Rehabilitation	442	53,8 %
Ambulante medizinische Rehabilitation	259	31,5 %
Mobile medizinische Rehabilitation	39	4,7 %
Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK)	46	5,6 %
Medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase II)	36	4,4 %
Gesamt	822	100,0 %

Bis auf 10 Kinder/Jugendliche im Alter bis 17 Jahre waren die Teilnehmenden der Befragung Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr. Bei der Geschlechtsverteilung zeigte sich ein deutliches Übergewicht der weiblichen Teilnehmerinnen.

N = 804	Männlich		Weiblich		Divers		Gesamt	
	249	31,0 %	549	68,3 %	6	0,7 %	804	100 %

Die Frage, ob ein Rehabilitationsantrag gestellt wurde, beantworteten 667 Betroffene. Von diesen hatten 241 (36,1 %) einen Rehabilitationsantrag gestellt. Die 426 Betroffenen, die keine Rehabilitationsantrag gestellt hatten, wurden gefragt, ob sie wegen der Corona-Pandemie (z. B. wegen des Infektionsrisikos) keinen Reha-Antrag gestellt hatten, obwohl eine Reha ärztlicherseits empfohlen war. Von 397, die antworteten, bejahten dies 157 (39,5 %) der Betroffenen, bei 240 blieben die Gründe unklar, warum sie keinen Antrag gestellt hatten.

Letztlich wurden von den 241 Anträgen 30 ambulante Rehabilitationen, 163 stationäre und 3 mobile Rehabilitationen – insgesamt 196 – bewilligt; 37 Anträge wurden abgelehnt, was einer Ablehnungsquote von 15,4 % entspricht. (8 Personen hatten nicht geantwortet.)

Tabelle 35 (B – V55) Bewilligung der beantragten Rehabilitationen

N = 233	Häufigkeit	%
Ja, für eine ambulante Reha	30	12,9 %
Ja, für eine stationäre Reha	163	70,0 %
Ja, für eine mobile Reha	3	1,3 %
Nein	37	15,9 %
Gesamt	233	100,0 %

Bei der Bewilligung der Anträge kam es häufiger zu Verzögerungen, bei 12 von 191, die die Frage beantworteten (6,3 %) um mehr als 3 Wochen, bei 65 (34,0 %) um mehr als 6 Wochen. Bei 114 (59,7 %) war es zu keinen wesentlichen Verzögerungen gekommen.

Von den 196 hatten 185 die Frage beantwortet, ob die bewilligte Rehabilitation durchgeführt werden konnte. Nur bei 80 von diesen Personen (43,2 %) konnte die Rehabilitation (ggfs. mit geringen Einschränkungen) durchgeführt werden und bei weiteren 62 (33,5 %) aber nur sehr einschränkt. Bei 43 (23,2 %) wurde die Rehabilitation letztlich nicht begonnen.

Tabelle 36 (B – V57) Konnte die bewilligte Rehabilitation durchgeführt werden?

N = 185	Häufigkeit	%
1 Ja, (mit geringen Einschränkungen)	80	43,2 %
2 Ja, aber nur sehr eingeschränkt	62	33,5 %
3 Nein, sie wurde nicht begonnen	43	23,2 %
Gesamt	185	100,0 %

Als Einschränkungen wurden genannt, dass die Rehabilitation bei 56 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (39,4 %) viel zu spät begonnen hatte, bei zwei Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden musste die Rehabilitation länger unterbrochen, bei 9 ganz abgebrochen werden.

Fast zwei Drittel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erlebten die Therapien durch die Hygienemaßnahmen als stark bzw. sehr stark eingeschränkt. 70 von 140 Personen (50 %) beurteilten sie als zu wenig, verkürzt und nicht intensiv genug. Sie berichteten, dass Gruppentherapien zwar durchgeführt wurden, aber nur mit entsprechenden Hygieneschutzmaßnahmen (56 von 137, 40,9 %), mehrheitlich fanden sie nur in Kleingruppen statt (73, 53,3 %). *In Freitexten wurden als Einschränkungen vor allem Einschränkungen bei den Therapien (eingeschränkte Therapiemöglichkeiten, keine Wasseranwendungen, zu wenige Therapien, kaum Gruppen), geringe Kommunikationsmöglichkeiten unter den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgrund der Hygienemaßnahmen und vereinzelt vorübergehende Quarantänemaßnahmen ohne Therapie genannt.*

Welche Folgen hatte es, wenn die Rehabilitation nicht durchgeführt werden konnte, abgebrochen wurde oder nur sehr eingeschränkt stattfinden konnte? Nur 16 Antwortende (11,4 %) gaben an, dass dies für sie keine oder geringe (negative) Auswirkungen hatte; bei den anderen kam es zu gravierenden Folgen: 95 (67,9 %) berichteten, dass sich ihre Mobilität oder Alltagsbewältigung verschlechtert bzw. nicht verbessert hatten. Dies hatte zur Folge, dass nun ihr familiäres und soziales Leben beeinträchtigt ist (43, 30,7 %), sie nicht mehr ihren beruflichen Anforderungen gewachsen sind (46, 32,9 %) und/oder auf Dauer auf fremde Hilfe und Unterstützung angewiesen sind (19, 13,6 %).

Tabelle 37 (B –V59) „Welche Folgen hat es nach Ihrer Einschätzung, wenn die Rehabilitation nicht durchgeführt werden konnte, abgebrochen wurde oder nur sehr eingeschränkt stattfinden konnte?“

N = 140 Mehrfachnennungen waren möglich	Anzahl	%
Keine oder nur geringe Auswirkungen	16	11,4 %
Fähigkeiten, wie z. B. im Bereich der Mobilität oder Alltagsbewältigung haben sich verschlechtert bzw. nicht verbessert.	95	67,9 %
Dadurch ist das familiäre und soziales Leben beeinträchtigt.	43	30,7 %
Dadurch bin ich auf Dauer auf fremde Hilfe und Unterstützung angewiesen.	19	13,6 %
Dadurch bin ich den beruflichen Anforderungen nicht mehr gewachsen.	46	32,9 %
Sonstige Folgen: ...	30	21,4 %

Zusammenfassend wurden die, die eine Rehabilitation erhalten hatten, gefragt, ob sie die wesentlichen Rehabilitationsziele erreichen konnten.

Tabelle 38 (B – V63) Erreichung der Rehabilitationsziele

	Häufigkeit	%
Ja, voll und ganz	9	6,5 %
Ja, im Wesentlichen	55	39,6 %
Eingeschränkt	40	28,8 %
Sehr eingeschränkt	25	18,0 %
Gar nicht	10	7,2 %
Gesamt	139	100,0 %

64 von 139 (46,1 %) konnten ihre wesentlichen Rehabilitationsziele erreichen – sei es voll und ganz oder im Wesentlichen, 40 (28,8 %) nur mit Einschränkungen, 35 (25,2 %) nur sehr eingeschränkt oder gar nicht.

Es zeigte sich, wenn die Durchführung der Rehabilitation nicht oder nur gering beeinträchtigt war, wurden die Rehabilitationsziele deutlich häufiger erreicht als bei eingeschränkter Durchführung. So gaben 65,4 % der Antwortenden bei einer nicht bzw. nicht wesentlich eingeschränkten Reha-Durchführung an, dass sie ihre Rehabilitationsziele voll und ganz oder im Wesentlichen erreicht hatten und 11,5 %, dass sie ihre Rehabilitationsziele nur sehr eingeschränkt oder gar nicht erreicht hatten. Konnte demgegenüber die Rehabilitation nur sehr eingeschränkt durchgeführt werden, gaben nur 21,3 % der Antwortenden an, dass sie ihre Rehabilitationsziele erreicht hatten, aber 42,6 % nur sehr einschränkt oder gar nicht.

Tabelle 39 (B – V57/V63) Erreichen der Rehabilitationsziele und Einschränkungen der Durchführung der Rehabilitation

N = 139	Erreichen der wesentlichen Rehabilitationsziele							
	Ja, voll und ganz oder im Wesentlichen		Eingeschränkt		Sehr eingeschränkt oder gar nicht		Gesamt	
Durchführung der Rehabilitation	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ja, (mit geringen Einschränkungen)	51	65,4 %	18	23,1 %	9	11,5 %	78	100,0 %
Ja, aber nur sehr eingeschränkt	13	21,3 %	22	36,1 %	26	42,6 %	61	100,0 %
Gesamt	64	46,0 %	40	28,8 %	35	25,2 %	139	100,0 %

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass von insgesamt 822 Menschen, die eine Reha-Leistung genutzt hatten oder diese nutzen wollten, nur bei 196 ein bewilligter Reha-Antrag zustande kam und bei 142 eine Rehabilitation überhaupt durchgeführt wurde; dabei war bei 62 von diesen 142 die Rehabilitation erheblich eingeschränkt, u. a. durch 9 Reha-Abbrüche. Letztlich ergab die Befragung, dass nur in 80 Fällen eine regelrechte Rehabilitation stattgefunden hatte. Einschränkungen bei der Durchführung der Rehabilitation hatten negative Auswirkungen auf die Erreichung der Rehabilitationsziele.

Abschließend sollen im Folgenden Aspekte aus den Berichten der Betroffenen zur stationären Rehabilitation wiedergegeben werden; aus ihnen geht hervor, dass Menschen mit einem Reha-Bedarf mit Verzögerungen bei Antragsstellungen, mit Schließungen der Einrichtungen, Reha-Abbrüchen, Aufnahmestopp und defizitären Nachsorgeterminen konfrontiert waren – einige Beispiele aus über 900 Freitextantworten:

- *Verzögerungen bei Antragstellungen, Aufnahmestopp, dann Verschlechterung der Symptomatik.*
- *Plötzlicher Abbruch – abends Aufforderung Koffer zu packen, am nächsten Morgen um 6.00 die erste Borkumfähre nach Emden.*
- *Erste Reha musste abgebrochen werden wegen der Corona-Pandemie, dadurch kam es zu einer deutlichen Verschlechterung des Zustandes; zweite Reha konnte erst verspätet*

und mit deutlichen Einschränkungen begonnen werden; dritte Reha konnte zeitnah begonnen werden, jetzt Einschränkungen beim Therapieangebot.

- Als Mensch mit chronischer Erkrankung gehöre ich zur Risikogruppe. Klinikaufenthalt und Rehabilitation waren für mich mit großen Ängsten und Unsicherheiten verbunden. Ich vermisse gerade im Prozess der Gesundung die Unterstützung durch Freunde und Familie. ... Ich möchte gern wieder arbeiten, habe aber große Sorge, weil ich bei der Arbeit viele Kontakte haben (werde), die ich nur teilweise einschränken kann.*
- Weniger Angebote in der Klinik, verschlechterte Therapiebedingungen, speziell die Physiotherapie, Alternativen wie Individualsport statt Gruppensport ließ sich nicht nur schwer umsetzen (geringe Motivation).*
- Corona war omnipräsent, weniger Therapien, alles mit Abstand und sehr strengen Regeln, ... Quarantäne zur Vorsicht am Anfang, dadurch 1 Woche keine Therapie, ... Themen waren selten die eigentlichen Indikationen, es hat die ganze Zeit über nur Corona interessiert.*
- In der Reha war neben den Einschränkungen in der Therapie auch das soziale und kulturelle Leben durch die Pandemie sehr stark eingeschränkt, dadurch Einschränkungen im Therapieerfolg, Austausch mit Patienten, keine gem. Freizeitmöglichkeiten...*
- Die größte Einschränkung betraf die Essenssituation. Es wurde in drei Schichten gegessen. Man saß mit höchstens einer Person am Tisch, was natürlich bei einer Essenszeit von 35 Min. „günstig“ war, denn ein nettes Gespräch war kaum möglich. Auch die Kontakte blieben durch Maskentragen eingeschränkt. Es war deutlich schwieriger, andere Reha-Teilnehmer kennenzulernen. Ich fühlte mich vollkommen isoliert.*
- (Kein) Angebot an Nachsorgeterminen nach OP und Reha, nicht der volle Heilungseffekt eingetreten – schneller als gedacht die nächste OP.*

Zur ambulanten Rehabilitation (Zusammenfassung): Die medizinische Reha konnte ambulant nur eingeschränkt durchgeführt werden. Viele Einrichtungen wichen auf telefonische Beratungsangebote aus. Wenige Angebote fanden in kleineren Gruppen in Präsenz statt. Vor allem erschweren eine eingeschränkte Mobilität und finanzielle Mittel eine Teilnahme an diesen Angeboten drastisch. Die Angst sich in öffentlichen Verkehrsmitteln anzustecken, ist groß und für viele scheitert es an finanziellen Mitteln z. B. ein Taxi zu bestellen. Angehörige mussten hier zum Beispiel einspringen und die Fahrten zur Reha-Einrichtung übernehmen, weshalb diese mitbelastet werden. Schließlich konnte an bereits erworbene Erfolge (z. B. in einer stationären Reha) nicht angeschlossen werden und viele Betroffene berichten von einer Verschlechterung der Symptomatik oder dem Auftreten neuer psychischer und körperlicher Symptome.

2.5.2 Aus der Sicht der Angehörigen

Auch die Angehörigen berichteten in ähnlicher Weise von Problemen, wenn die durch sie Betreuten eine Rehabilitation erhalten hatten oder erhalten sollten. Bei 148 Betreuten (von 1.086 Antwortenden, 13,6 %) war eine Rehabilitation geplant. Nur bei 26 (17,6 %) konnte die Rehabilitation ohne oder nur mit geringen Einschränkungen stattfinden, bei 19 (12,8 %) nur sehr eingeschränkt, bei weiteren 17 (11,5 %) wurde sie erst viel später durchgeführt. Bei

9 Betreuten (6,1 %) musste die Rehabilitation länger (das waren zwischen 4 bis 36 Wochen) unterbrochen, bei 10 (6,8 %) abgebrochen werden, ohne dass sie bis zum Zeitpunkt der Befragung wieder fortgesetzt werden konnte. Bei einem Großteil – 67 von 148 (45,3 %) – wurde sie nicht begonnen und fand somit nicht statt (siehe Tabelle A – V29).

Tabelle 40 (A – V29) Konnte die medizinische Rehabilitation stattfinden?

N = 148	Häufigkeit	%
Ja, (mit geringen Einschränkungen)	26	17,6 %
Ja, aber nur sehr eingeschränkt	19	12,8 %
Ja, aber erst viel später	17	11,5 %
Sie wurde länger unterbrochen.	9	6,1 %
Sie wurde abgebrochen und bisher nicht wieder fortgesetzt.	10	6,8 %
Nein, sie wurde nicht begonnen.	67	45,3 %
Gesamt	148	100,0 %

Es liegen die Antworten von 120 Angehörigen vor, die Angaben zu Auswirkungen und Folgen machten, wenn die Rehabilitation nur sehr eingeschränkt, verspätet, mit Unterbrechung oder gar nicht durchgeführt worden war. Das Resultat ergab ähnliche Defizite, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt, wie bei den Antworten der Betroffenen. Der Anteil derjenigen ohne oder mit geringen (negativen) Auswirkungen lag bei 25,8 % (31 von 120). 64 (53,3 %) berichteten, dass sich ihre Mobilität oder Alltagsbewältigung verschlechtert bzw. nicht verbessert hatten, mit der Folge, dass nun ihr familiäres und soziales Leben beeinträchtigt ist (36, 30,0 %) und sie auf Dauer auf fremde Hilfe und Unterstützung angewiesen sind (23, 19,2 %). Der Anteil derjenigen, die ihren beruflichen Anforderungen nicht mehr gewachsen waren, war mit 7,5 % (9 von 120) niedriger als bei den Antworten der Betroffenen – dies ist aber vor allem darauf zurückzuführen, dass der Anteil der Berufstätigen unter den Betreuten niedriger war (siehe Tabelle A – V31).

Tabelle 41 (A –V31) Folgen einer nur sehr eingeschränkten, verspäteten, unterbrochenen oder nicht durchgeführten Rehabilitation.

N = 120 Mehrfachnennungen waren möglich	Anzahl	%
Keine oder nur geringe Auswirkungen	31	25,8 %
Fähigkeiten, wie z. B. im Bereich der Mobilität oder Alltagsbewältigung haben sich verschlechtert bzw. nicht verbessert	64	53,3 %
Dadurch ist das familiäre und soziales Leben beeinträchtigt	36	30,0 %
Dadurch bin ich auf Dauer auf fremde Hilfe und Unterstützung angewiesen	23	19,2 %
Dadurch bin ich den beruflichen Anforderungen nicht mehr gewachsen	9	7,5 %
Sonstige Folgen: ...	10	8,3 %

Leider liegen keine Angaben über die Auswirkungen auf die Situation der Angehörigen vor, wenn die Rehabilitation einer/eines Betreuten nicht oder nur sehr eingeschränkt durchgeführt werden konnte.

2.5.3 Aus der Sicht der Leistungserbringer

Den Leistungserbringern wurde zunächst die Frage gestellt, ob nach ihrer Einschätzung Versicherte trotz eines anerkannten Reha-Bedarfs durch die Corona-Pandemie keine Rehabilitationsleistung erhalten hatten. (Diese Frage wurde nicht nur Leistungserbringern von Rehabilitationseinrichtungen gestellt, sondern auch Leistungserbringern von Heilmitteln sowie Funktionstraining und Reha-Sport). Insgesamt waren es 111 Antwortende, diese hatten Leitungspositionen inne.

68 Einrichtungsvertreter (61,3 %) stimmten dieser Frage als „voll“ zutreffend oder als „eher“ zutreffend zu (39 bzw. 29); „weniger“ zutreffend fanden dies 29 (26,1 %), während 14 (12,6 %) Vertreter dies „gar nicht“ zutreffend fanden.

Tabelle 42 (E – V72) Durch die Corona-Pandemie konnten Versicherte trotz anerkanntem Reha-Bedarf keine Rehabilitationsleistung erhalten?

N = 111	Häufigkeit	%
1 Trifft voll zu	39	35,1 %
2 Trifft eher zu	29	26,1 %
3 Trifft weniger zu	29	26,1 %
4 Trifft gar nicht zu	14	12,6 %
Gesamt	111	100,0 %

Aus Sicht der Leistungserbringer betraf dies vor allem folgende Gruppen von Menschen mit Rehabilitationsbedarf: in erster Linie Menschen, die für sich ein zu hohes Infektionsrisiko sahen – dies gaben 55 von 97 Einrichtungsvertretern (56,7 %) an; es folgten mit 30 Nennungen (30,9 %) Rehabilitanden, die keine Anschlussrehabilitation (AHB) erhalten sollten. Ferner wurden genannt: Menschen mit psychischen Störungen (26, 26,8 %), Menschen mit vorbestehenden Behinderungen (23, 23,7 %) und pflegebedürftige Versicherte (14, 14,4 %). Unter „Andere...“ wurden vor allem Kinder und Menschen mit komplexen Störungen und sog. geistiger Behinderung genannt. Demnach handelte es sich zu großen Teilen gerade um Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Krankheiten, die nach Einschätzung der Rehabilitationseinrichtungen trotz Reha-Bedarf keinen Zugang zu einer Rehabilitation hatten.

Tabelle 43 (E - V73) Welche Gruppe hat das aus Ihrer Sicht am meisten betroffen?

N = 97 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Menschen mit psychischen Störungen	26	26,8 %
Wenn es sich nicht um eine Anschlussrehabilitation (AHB) handelte	30	30,9 %
Menschen, die für sich ein zu hohes Infektionsrisiko sahen	55	56,7 %
Menschen mit vorbestehenden Behinderungen	23	23,7 %

Pflegebedürftige Versicherte	14	14,4 %
Andere: ...	17	17,5 %
Keine Antwort trifft zu	7	7,2 %

In einer Nachfrage sollten nur die Leistungserbringer von Rehabilitationseinrichtungen ihre Einschätzung abgeben, ob die Angst der Patientinnen und Patienten vor einer Corona-Infektion der Grund war, warum die Rehabilitation nicht angetreten wurde. Dies vertraten 62 von 67 Leistungserbringern (92,5 %).

Tabelle 44 (E – V94) Haben Patienten aus Angst vor Corona ihre Rehabilitation nicht angetreten?

	Häufigkeit	%
1 Ja	62	92,5 %
2 Nein	5	7,5 %
Gesamt	67	100,0 %

Anscheinend gab es bei den Zuweisungen der Rehabilitanden die Tendenz zu einem höheren Schweregrad. Danach gefragt, verneinten dies zwar zwei Drittel der Einrichtungsvertreter, aber 20 von 67 (29,9 %) sahen vermehrt Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit höheren Schweregraden; während leichtere Schweregrade nur von 3 Einrichtungsverteilern (4,5 %) genannt wurden.

Einschränkungen der rehabilitativen Leistungsangebote

Mehr als 90 % der Leistungserbringer gaben an, dass in ihren Einrichtungen bestimmte Leistungsangebote eingeschränkt werden mussten. 64 Einrichtungsvertreter machten zu den Einschränkungen konkrete Angaben – aufgeführt nach Häufigkeit der Nennungen: 82,8 % bei Gruppenbehandlungen, 64,1% bei Freizeiträumlichkeiten, 60,9 % bei Schwimmbädern, 56,3 % bei Sportmöglichkeiten, ferner wurden genannt mit 35,9 % Einschränkungen bei der Anzahl der Therapieeinheiten und zu 32,8 % beim zeitlichen Umfang der einzelnen therapeutischen Leistungen und in 26,6 % bei der medizinischen Trainingstherapie (MTT). Unter den 12 Nennungen „Andere“ wurden u. a. *Vorträge, Patientenschulungen, Gruppenangebote und externe Praktika bzw. externe Trainingswerkstätten* genannt.

Tabelle 45 (E – V76) Einschränkungen von Leistungsangeboten in Rehabilitationseinrichtungen

N = 64 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Schwimmbad	39	60,9 %
Medizinische Trainingstherapie (MTT)	17	26,6 %
Zahl der Therapieeinheiten	23	35,9 %
Zeitlicher Umfang der einzelnen therapeutischen Leistungen	21	32,8 %
Gruppenbehandlungen	53	82,8 %
Sportmöglichkeiten	36	56,3 %
Freizeiträume	41	64,1 %
Keine dieser Antworten trifft zu	0	0,0 %
Andere: ...	12	18,8 %

Knapp die Hälfte der Einrichtungsvertreter berichtete von Änderungen ihres Reha-Konzeptes (32 von 68, 47,1 %). 27 dieser 32 Einrichtungen (84,4 %) hatten nur noch Kleingruppen angeboten, in 16 (50,0 %) fanden mehr Einzeltherapien statt; 56,3 % (18 von 32) gaben an, dass die Aufnahmen nach anderen Kriterien erfolgte. Unter „Andere...“ wurden u. a. *digitale Angebote, starke Reglementierung der Heimfahrten- und Besucherregelungen und* (offensichtlich in einer Mobilen Reha-Einrichtung) *weniger Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner*.

Tabelle 46 (E – V82) Änderungen des Rehabilitationskonzept durch die Leistungserbringer

N = 32 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Andere Aufnahmekriterien	18	56,3 %
Mehr Einzeltherapien	16	50,0 %
Nur noch Kleingruppen	27	84,4 %
Andere: ...	8	25,0 %
Keine Antwort trifft zu	0	0,0 %

Besonders einschränkend wirkten sich offensichtlich die vorhandenen räumlichen Kapazitäten aus. 61 von 68 Einrichtungsvertretern (88,4 %) berichteten über Probleme wegen Raum-mangels bzw. wegen nicht ausreichender Raumgrößen.

Zum Teil wurde versucht, die Einschränkungen durch Ersatzangebote auszugleichen. Über die Hälfte der Einrichtungsvertreter berichtete von solchen Ersatzangeboten; genannt wurden in 35 Freitexten vor allem *digitale Vorträge und Beratungen, Videokonferenzen und Video-beratungen, aber auch vermehrte telefonische Beratung, darunter auch psychologische Beratung*.

Zusammenfassend wurden die Vertreterinnen und Vertreter der Rehabilitationseinrichtungen gefragt, ob die erreichbaren Rehabilitationsziele dennoch im Wesentlichen erreicht werden konnten. 14 von insgesamt 62 Antwortenden (22,6 %) bewerteten dies als voll zutreffend, 43 (69,4 %) als eher zutreffend und 5 (8,1 %) als weniger zutreffend.

Tabelle 47 (E – V78) Die erreichbaren Reha-Ziele konnten trotz Einschränkungen der Leistungsangebote im Wesentlichen erreicht werden.

	Häufigkeit	%
Trifft voll zu	14	22,6 %
Trifft eher zu	43	69,4 %
Trifft weniger zu	5	8,1 %
Gesamt	62	100,0 %

Nachsorge und Weiterbehandlung nach der Rehabilitation

Die zielführende Nachsorge und Weiterbehandlung sichern die Ergebnisse der Rehabilitation. Die Organisation der Nachsorge ist ein wesentliches Element des obligatorischen Entlass-managements der Rehabilitationseinrichtungen. Durch die Verwerfungen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Pandemie und ihrer Bekämpfung traten nach Auskunft der Vertreter der Rehabilitationseinrichtungen erhebliche Probleme auf. Am häufigsten wurde ein erschwerter Zugang zum Reha-Sport und zum Funktionstraining genannt; dies

berichtete über die Hälfte (37 von 68 Antwortenden, 54,4 %) der Vertretung der Reha-Einrichtungen. Hinzu kommt die Erschwernis der Versorgung mit Heilmitteln mit 14 Nennungen (20,6 %). Am zweithäufigsten wurde die Psychotherapie mit 20 Nennungen (29,4 %) genannt. In gut einem Viertel der Fälle gab es Probleme mit der ärztlichen Weiterversorgung (18 Nennungen, 26,5 %). Mit 14 Nennungen war die berufliche Eingliederung (zum Beispiel stufenweise Wiedereingliederung) bei einem Fünftel erschwert (20,6 %). Unter „Andere...“ wurden die *IRENA- bzw. T-RENA-Programme der Rentenversicherung und die Sucht-Nachsorge genannt*, die nicht oder nur erschwert vermittelbar waren (siehe Tabelle 48 E – B84).

Tabelle 48 (E – V84) Erschwert die Corona-Pandemie Nachsorge und Weiterbehandlung?

N = 68 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Nein	13	19,1 %
Ja, bei der ärztlichen Versorgung	18	26,5 %
Ja, bei der Versorgung mit Heilmitteln	14	20,6 %
Ja, bei der Hilfsmittelversorgung	5	7,4 %
Ja, bei Rehabilitationssport und Funktionstraining	37	54,4 %
Ja, bei Psychotherapie	20	29,4 %
Ja, bei der beruflichen Eingliederung (z. B. stufenweise Wiedereingliederung)	14	20,6 %
Andere: ...	6	8,8 %

13 Einrichtungen hatten wegen der Corona-Pandemie Online-Nachsorge angeboten. Von diesen antworteten 12 Einrichtungen auf die Frage, ob die Online-Nachsorge funktioniert und sich alles in allem bewährt hatte, unterschiedlich: 3 Einrichtungsvertreter mit „trifft voll zu“ und 4 mit „trifft eher zu“; 5 beurteilten die Online-Nachsorge eher skeptisch („trifft weniger zu“).

2.5.4 Handlungsoptionen

Der Zugang zu rehabilitativen Leistungen war im Rahmen der Corona-Pandemie nur eingeschränkt möglich. Dies betraf auch Anschlussrehabilitationen. Belegungsrückgänge waren vor allem in der ambulanten Rehabilitation, gefolgt von der stationären Rehabilitation zu verzeichnen [109], [157], [188]. Die Leistungen der mobilen Rehabilitation waren nur in den ersten drei Monaten der Pandemie zurückgegangen, allerdings war der Zugang der mobilen Rehabilitationseinrichtungen zu Rehabilitanden in der stationären Pflege in den ersten Wochen gar nicht, in den nachfolgenden Monaten nur eingeschränkt möglich [113]. Die wesentlichen Ursachen für die Reduktion der stationären und ambulanten Rehabilitationen waren behördliche Schließungen, Reduzierung der Behandlungsplätze aufgrund räumlicher Einschränkungen und eines erhöhten Personalbedarfs, Corona-Infektionen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Personal und nicht zuletzt die Nichtinanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen durch Patientinnen und Patienten aufgrund von Angst vor Ansteckungen [150].

Handlungsoptionen:

Zugang zur medizinischen Rehabilitation:

- Versorgung mit Rehabilitationsleistungen möglichst ohne Einschränkung des Angebotspektrums, auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen, intellektuellen Beeinträchtigungen und Mehrfachbehinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen [157].
- Aufrechterhaltung aller stationären, ambulanten und mobilen Rehabilitationsangebote ohne Zugangshindernisse [109], [113].
- Für ambulante und tagesklinische Reha-Angebote müssen pandemiegerechte Beförderung (ggf. auch Einzelbeförderung) einschließlich deren Finanzierung sichergestellt werden.
- Gewährleistung der Versorgungssicherheit in Hinblick auf Reha-Leistungen; ggfs. Flexibilisierung der Leistungserbringung und der Reha-Konzepte [197].
- Der reibungslose Übergang von der Akutversorgung zur Rehabilitation muss gewährleistet sein (z. B. Entgiftung als Voraussetzung für Sucht-Rehabilitation) [64], [150], [157].

Rehabilitationskonzept:

- Die Leistungserbringung und die Reha-Konzepte müssen so angepasst werden, dass sie sowohl dem Reha-Bedarf von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen als auch den Anforderungen der Pandemiebekämpfung gerecht werden. Dabei sollten den Leistungserbringern mehr Spielräume für die Entwicklung tragfähiger und flexibler Konzepte zugestanden werden, um Rehabilitationsleistungen auch unter Corona-Bedingungen in möglichst guter Qualität und möglichst hoher Zahl zu ermöglichen [64], [174].
- Digitale Angebote (telemedizinische Angebote, Videosprechstunden, Videotherapien) sind vermehrt zu nutzen.
- Auch für Menschen mit einem hohen individuellen Risiko für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion müssen angemessene rehabilitative Leistungen zur Verfügung stehen, gegebenenfalls als Mobile Rehabilitation, wenn diese von der Versorgungssituation her durchgeführt werden kann.
- Für die medizinische Rehabilitation nach einer Covid-19-Erkrankung mit schwerem Verlauf (Beatmung) oder bei Long-Covid (Fatigue, neuropsychologische Beeinträchtigungen u. a.) sind Reha-Konzepte – auch für Kinder und Jugendliche – zu entwickeln und Reha-Kapazitäten auf- bzw. auszubauen.
- Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen Konzepte für die Rehabilitation Corona-positiv getesteter Patientinnen und Patienten entwickeln, die (z. B. nach Schlaganfall) dringend eine Rehabilitation brauchen.

Hygiene- und Schutzmaßnahmen:

- Die Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation brauchen angepasste Schutz- und Hygienekonzepte; verständliche, auch mehrsprachliche Information und Einweisung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, auch in einfacher Sprache.

- Regelmäßige und gezielte Testungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Personal sind als integraler Bestandteil der Schutzmaßnahmen zu etablieren und aufwandsdeckend zu finanzieren.
- Bei nachweislich besonders hohem individuellem Risiko für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion müssen individuell modifizierte Schutzmaßnahmen ergriffen werden.
- Isolierung und Kontaktbeschränkungen sind auf das Notwendige zu beschränken. Dies gilt auch für Kontakte zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und für deren Kontakte zu Angehörigen oder Bezugspersonen (z. B. Besuche). Hierzu sind gezielt (Schnell-)Tests einzusetzen, die refinanziert werden müssen [150].
- Bei der Anpassung der Räumlichkeiten, der Abläufe und der Behandlungskonzepte an pandemiebedingte Hygieneerfordernisse sind die Bedürfnisse und Belange der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Behinderungen zu berücksichtigen.
- Frühzeitige Gefährdungsbeurteilung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind durchzuführen und Vereinbarungen von Schutzvorkehrungen unter Einbezug von Schwerbehinderten- und Personalvertretungen sind zu treffen.

Finanzielle Sicherheit – Personalmangel:

- Mindererlöse durch Minderbelegung, Reduzierung von Platzzahl und Leistungen müssen zeitnah finanziell ausgeglichen werden, um existenzgefährdende und qualitätsmindernde strukturelle Folgen für die Reha-Angebote zu verhindern.
- Die Mehrkosten infolge erforderlicher Schutz- und Hygienematerialien, räumlicher und technischer Anpassungsmaßnahmen sowie der zusätzlichen Personalkosten durch höheren Personaleinsatz bei den Therapien, der Gewährleistung der Schutz- und Hygienemaßnahmen und der Besuchersteuerung müssen vollständig finanziert werden.
- Auch unter Pandemiebedingungen sind auf Langfristigkeit angelegte Personalentwicklungskonzepte, verbesserte Arbeitsbedingungen und adäquate Vergütungen notwendig, um qualifiziertes Personal halten und gewinnen zu können.

Regelungen:

- Anordnungen, Regelungen und Hinweise der Gesundheitsbehörden und anderer staatlicher Stellen zum Umgang mit der Corona-Pandemie sollten angemessen, einheitlich und in sich nicht widersprüchlich sein; diese Anforderung gilt über Bundes-, Länder- und regionalen Ebenen hinweg.

Ersatzangebote für nicht durchführbare Rehabilitationsleistungen:

- Wenn die Durchführung einer indizierten Rehabilitation nicht möglich ist, sollte eine „zweitbeste“ Lösung in Form einer intensivierten, gegebenenfalls kombinierten und gut koordinierten Heilmittelversorgung (längere Dauer der Therapieeinheiten, mehrmals pro Woche) realisiert werden. Diese Leistungen sollten als Reha-Ersatzleistung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Vertragsärzte ausgenommen werden.

- Funktionstraining und Rehabilitationssport sollten ebenfalls als Ersatzangebot, gegebenenfalls ergänzend zu Heilmitteln, verstärkt angeboten und verordnet werden. Der pandemiebedingte Mehrbedarf bei der Erbringung ist in vollem Umfang bei der Finanzierung zu berücksichtigen.
- Digitale Therapie-, Beratungs- und Sprechstundenangebote sind während der Pandemie verstärkt anzubieten und weiterzuentwickeln.
- Mobile Rehabilitation ist als Alternative zu einer stationären oder ambulanten Rehabilitation einzubeziehen.

Nachsorge und Weiterbehandlung nach der Rehabilitation: Die Reha-Nachsorge soll die Sicherung der Rehabilitationsergebnisse unterstützen. Die Durchführung von Nachsorgeprogrammen wie IRENA, T-RENA und Psy-RENA der Rentenversicherung war im Rahmen der Corona-Pandemie ebenso wie Heilmittelversorgung, Funktionstraining und Reha-Sport oftmals nicht gewährleistet.

- Bedarfsgerechte Nachsorge und Weiterbehandlung muss für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen auch unter Pandemiebedingungen umfassend gewährleistet sein. Dies betrifft ärztliche, therapeutische, pflegerische und soziale Leistungen.
- Ausbau digitaler Therapie-, Beratungs- und Sprechstundenangebote durch die nachsorgenden Einrichtungen und Dienste sowie die Reha-Einrichtungen.
- Familien, die Pflegebedürftige nach einer stationären Rehabilitation aufnehmen bzw. betreuen, um Heimaufnahmen zu vermeiden, sind adäquat zu unterstützen.
- Die Rücknahme von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern aus einer stationären Rehabilitation in die Pflegeeinrichtungen muss soweit wie möglich zeitnah gewährleistet sein; pandemiebedingte Einschränkungen der Rücknahme nur in Ausnahmesituationen wie z.B. akuter Corona-Ausbruch in einer Pflegeeinrichtung.
- Unterstützung der Familien, die Pflegebedürftige nach einer stationären Rehabilitation aufnehmen bzw. betreuen, wenn diese nicht in einem Heim untergebracht werden können.

Handlungsoptionen für Leistungserbringer siehe unter 5.4.

2.6 Versorgung im Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung – MZEB

Zur Versorgung in den Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) liegen nur wenige Antworten von Betroffenen vor. Nur 2 Vertreterinnen oder Vertreter von Einrichtungen, die auch ein MZEB betreiben, haben wenige Fragen unvollständig beantwortet, die keine Auswertung erlauben. Auch liegen keine Freitexte mit relevanten Inhalten zu dieser Versorgungsform vor.

Auf die Frage an betroffene Menschen, ob sie im Jahr 2020 Leistungen eines MZEB genutzt haben oder nutzen wollten, bejahten dies 29 Befragte. Von diesem beantworteten 26 die Frage, ob die Betreuung dort stattfinden konnte. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (14) bestätigten, dass sie „wie geplant“ bzw. „mit geringen Einschränkungen“ stattgefunden hatte. Bei sieben Befragten stand das MZEB „gar nicht oder fast nicht“, bei zweien nur sehr

eingeschränkt zur Verfügung. 3 Befragte gaben an, dass die Betreuung durch das MZEB länger unterbrochen war.

Tabelle 49 (B – V150) Konnte die Betreuung durch das medizinische Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) stattfinden?

	Anzahl	%
1 Ja, wie geplant	4	15,4 %
2 Ja, mit leichten Einschränkungen	10	38,5 %
3 Ja, aber nur sehr eingeschränkt	2	7,7 %
4 Ja, aber sie wurde länger unterbrochen	3	11,5 %
5 Nein, gar nicht oder fast gar nicht	7	26,9 %
Gesamt	26	100,0 %

Ersatzangebote für das MZEB gab es bei 13 von 24 Befragten (10 mit Telefonkontakt, 2 mit direktem Kontakt, 1 mit Videokontakt). Bei 10 Befragten standen keine Ersatzangebote zur Verfügung. (Die 3 Teilnehmer, die „Anders...“ angaben, benötigten keine Ersatzangebote bzw. konnten den Kontakt verschieben.)

Tabelle 50 (B – V151) Ersatzangebote für das MZEB

N = 24 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Als direkter Kontakt (z. B. Besuch in der Familie)	2	8,3 %
Als Videokontakt mit Video-Sprechstunde/-Beratung	1	4,2 %
Als Telefonkontakt	10	41,7 %
Nein, es gab keine Ersatzangebote	10	41,7 %
Anders: ...	3	12,5 %

Wenn die MZEB-Betreuung ausgefallen oder nur sehr eingeschränkt gewesen war, machten 12 von den Befragten Angaben zu den Folgen: 5 nannten die Verschiebung von Diagnostik, bei 6 konnte die Therapie oder die medikamentöse Behandlung nicht wie gewohnt stattfinden, bei 6 konnten wichtige Therapien oder Hilfsmittel nicht verordnet bzw. durchgeführt werden. Keine Folgen hatte dies nur bei einer/einem Befragten, während 5 angaben, dass sich ihr Gesundheitszustand dadurch verschlechtert hatte. (Mehrfachnennungen waren möglich.)

Tabelle 51 (B – V152) Folgen für ausgefallene oder sehr eingeschränkte Betreuung im MZEB

N = 12 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Keine Folgen	1	8,3 %
Diagnostik musste verschoben werden	5	41,7 %
Die Therapie oder die medikamentöse Behandlung konnte nicht wie gewohnt stattfinden	6	50,0 %
Wichtige Maßnahmen wie z. B. Therapien oder Hilfsmittel konnten nicht verordnet werden oder durchgeführt werden	6	50,0 %
Mein Gesundheitszustand hat sich dadurch verschlechtert	5	41,7 %
Andere Folgen: ...	0	0,0 %

2.7 Versorgung in der Psychiatrischen Institutsambulanz – PIA

Auch zur Versorgung in Psychiatrischen Institutsambulanzen liegen nur wenige auswertbare Fragen vor. Die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist aber mit 134 deutlich höher als bei denen zu den MZEB. Auswertbare Ergebnisse der Antworten der wenigen Leistungserbringer und auch von Leistungsträgern zum Thema PIA liegen nicht vor.

Die Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz hatten bzw. wollten im Jahre 2020 insgesamt 134 betroffene Personen in Anspruch nehmen. Von diesem beantworteten 123 die Frage, ob die Versorgung dort stattfinden konnte. 46 Personen (37,4 %) antworteten, dass die Versorgung „wie geplant“ bzw. „mit geringen Einschränkungen“ stattgefunden hatte. Bei 31 Befragten (25,2 %) stand die PIA „gar nicht oder fast nicht“, bei 37 (30,1 %) stand sie nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Bei 9 Befragte (7,3 %) gaben eine längere Unterbrechung der PIA an.

Tabelle 52 (B – V153) Konnte die Betreuung durch die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) stattfinden?

	Anzahl	%
1 Ja, wie geplant	10	8,1 %
2 Ja, mit leichten Einschränkungen	36	29,3 %
3 Ja, aber nur sehr eingeschränkt	37	30,1 %
4 Ja, aber sie wurde länger unterbrochen	9	7,3 %
5 Nein, gar nicht oder fast gar nicht	31	25,2 %
Gesamt	123	100,0 %

Für den Ausfall und die Einschränkungen der PIA gab es für 54 von 120 (45,0 %) keine Ersatzangebote, ebenfalls 54 (45,0 %) hatten Telefonkontakt, 18 (15,0 %) hatten Videokontakt, nur 2 hatten einen direkten Kontakt (Hausbesuch, der vor Corona nicht vorgesehen war).

Tabelle 53 (B – V154) Ersatzangebote für die PIA

N = 120 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Als direkter Kontakt (z. B. Hausbesuch, der vor Corona nicht vorgesehen war)	2	1,7 %
Als Videokontakt mit Video-Sprechstunde/-Beratung	18	15,0 %
Als Telefonkontakt	54	45,0 %
Nein	54	45,0 %

Wenn die Versorgung in der PIA ausgefallen oder nur sehr eingeschränkt war, gaben nur 3 Befragte an, dass dies keine Folgen hatte. 48 von 76 Befragten (63,2 %) gaben an, dass sich dadurch ihr Gesundheitszustand verschlechtert hatte, 60 (78,9 %) Befragten fehlte die persönliche Beratung und Ansprache. Bei 35 (46,1 %) konnten Therapien nicht durchgeführt werden und bei 30 (39,5 %) konnte keine fortlaufende Behandlung stattfinden. Jeweils 9 Befragte (11,8 %) gaben an, dass Diagnostik verschoben werden musste bzw. die medikamentöse Behandlung erschwert war. (Mehrfachnennungen waren möglich.)

Tabelle 54 (B – V1559) Folgen des Ausfalls oder Einschränkungen der Betreuung durch die PIA

N = 76 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Keine Folgen	3	3,9 %
Diagnostik musste verschoben werden.	9	11,8 %
Eine fortlaufende Behandlung konnte nicht stattfinden.	30	39,5 %
Die Behandlung mit Medikamenten war erschwert.	9	11,8 %
Therapien konnten nicht durchgeführt werden.	35	46,1 %
Es fehlte die persönliche Beratung und Ansprache.	60	78,9 %
Der Gesundheitszustand hat sich dadurch verschlechtert.	48	63,2 %

3 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Angehörige, die Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen versorgen

Nach unserer Befragung waren rund drei Viertel der teilnehmenden Angehörigen und Bezugspersonen Frauen, rund ein Viertel Männer. Sie betreuten Kinder und Erwachsene mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen. In der Regel waren dies Menschen mit schweren Beeinträchtigungen: die überwiegende Mehrheit der Betreuten war schwer- bzw. schwerstpflegebedürftig (Pflegegrad 3-5), der Anteil der Betreuten mit einem GdB von 70-100 ist sehr hoch. Mehrheitlich lebten die Betreuten im Haushalt der Angehörigen bzw. der Bezugspersonen. Über zwei Drittel der Angehörigen waren voll- oder teilzeitbeschäftigt, weitere 4 % gingen einer geringfügigen Beschäftigung nach. Rund 70 % hatten damit eine Doppelbelastung bzw. Dreifachbelastung: Arbeit, Haushaltsführung und Betreuung.

Unter der Corona-Pandemie sind viele etablierte Hilfen zur Versorgung und Betreuung weggebrochen, u. a. Tagesbetreuung, WfbM, Schulen/Förderschulen und andere Förderinstitutionen, Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Assistenzdienste und therapeutische Leistungen. Oftmals schon unter „Normal“-bedingungen an ihrer Belastungsgrenze waren betreuende Angehörige bzw. Bezugspersonen dadurch nochmals mehr gefordert, oft völlig überlastet und überfordert.

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die persönliche, familiäre, soziale und die berufliche Situation dieser Angehörigen soll im Folgenden entlang den Ergebnissen der Befragung dargestellt werden.

3.1 Besondere Belastungen der Angehörigen bei der Betreuung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen

Die Angehörigen wurden zu ihrer persönlichen Belastung im Rahmen der Corona-Pandemie befragt – zunächst zur körperlichen Belastung. 333 von insgesamt 820 Antwortenden (40,6 %) waren nicht bzw. nicht wesentlich körperlich belastet; 323 (39,4 %) gaben an, dass sie körperlich belastet waren, die Belastung aber bewältigen konnten. 127 (15,5 %) bzw. 37 (4,5 %) gaben sehr hohe körperliche Belastungen bzw. völlige körperliche Überlastung an – damit war dies bei jedem Fünften der Fall.

Tabelle 55 (A – V 43) War die Betreuung für Sie aufgrund der Corona-Pandemie mit größeren körperlichen Belastungen verbunden?

	Anzahl	%
1 Nein, nicht wesentlich	333	40,6 %
2 Ja, aber ich konnte das bewältigen	323	39,4 %
3 Ja, sehr hohe körperliche Belastungen	127	15,5 %
4 Ja, ich war körperlich völlig überlastet	37	4,5 %
Gesamt	820	100,0 %

Demgegenüber wurden seelische Belastungen bzw. Überlastung deutlich häufiger angegeben. Nur 98 von insgesamt 837 Antwortenden (11,7 %) sahen sich nicht bzw. nicht wesentlich seelisch belastet. 347 (41,5 %) konnte eine bestehende seelische Belastung bewältigen, während 297 (35,5 %) sehr hohe seelische Belastungen angaben und 95 (11,4 %) seelisch völlig überlastet waren.

Tabelle 56 (A – V 44) War die Betreuung für Sie aufgrund der Corona-Pandemie mit größeren seelischen Belastungen verbunden?

	Anzahl	%
1 Nein, nicht wesentlich	98	11,7 %
2 Ja, aber ich konnte das bewältigen	347	41,5 %
3 Ja, sehr hohe seelische Belastungen	297	35,5 %
4 Ja, ich war seelisch völlig überlastet	95	11,4 %
Gesamt	837	100,0 %

Die besonderen Belastungen für betreuende Angehörige ergaben sich vor allem auch dadurch, dass normalerweise zur Verfügung stehende Dienste und Einrichtungen unter Pandemiebedingungen zumindest zeitweise, oft aber über Monate geschlossen waren, damit Umfang und Intensität der Betreuung zunahmen und Entlastungen wegbrachen. Dies betraf u. a. 353 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die Kindertagesstätten, Schulen, einschließlich der Förderschulen und Hochschulen besuchten. Dies betraf auch Menschen, die Tagesstätten, Tagespflegeeinrichtungen, Werkstätten u. ä. in Anspruch nahmen. Darüber hinaus hatten 70 Angehörige normalerweise in stationären Einrichtungen lebende Betreute wegen der Restriktionen in diesen Einrichtungen zeitweise zu sich nach Hause genommen und dort versorgt.

Außerhalb stationärer Einrichtungen stellen Assistenzdienste eine wichtige Unterstützung für betreuende Angehörige dar – dies betrifft sowohl die Alltagsbewältigung als auch die Teilhabe der Betreuten an außerhäuslicher Förderung, Schule, Ausbildung und Beruf. Die Angehörigen wurden daher gefragt, ob ihnen normalerweise ein Assistenzdienst zur Verfügung steht. Dies war bei 244 von 785 Antwortenden (31,1 %) der Fall. Von den 541 Angehörigen, denen normalerweise kein Assistenzdienst zur Verfügung stand, beantworteten 483 die Frage, ob sie sich einen Assistenzdienst gewünscht hätten; eine Mehrheit von 58,6 % (283 von 483) hätte ihn gewünscht.

Tabelle 57 (A – V 47) Hätten Sie sich Assistenz gewünscht?

	Anzahl	%
1 Ja	283	58,6 %
2 Nein	200	41,4 %
Gesamt	483	100,0 %

Von denen, denen normalerweise Assistenzdienste zur Verfügung standen, machen 236 Angaben dazu, ob der Assistenzdienst zeitweise ausgefallen war. Bei 80 (33,9 %) war der Assistenzdienst vollständig, bei 116 (49,2 %) war er teilweise ausgefallen. Nur bei 40 (16,9 %), also einer relativ kleinen Minderheit, war er nicht ausgefallen.

Tabelle 58 (A – V 46a) Fiel der Assistenzdienst zeitweise aus?

	Anzahl	%
1 Vollständig	80	33,9 %
2 Teilweise	116	49,2 %
3 Gar nicht	40	16,9 %
Gesamt	236	100,0 %

Der Anteil derjenigen, bei denen der Alltag trotz des vollständigen oder teilweisen Ausfalls des Assistenzdienstes bewältigt werden konnte, lag bei 41,0 % (80); 81 Angehörige (41,5 %) gaben an, sie hätten den Alltag nur noch teilweise, 30 (15,4 %) kaum und 4 (2,1 %) gar nicht mehr bewältigen können.

Tabelle 59 (A – V 46b) Konnte der Alltag trotz Ausfall der Assistenz bewältigt werden?

	Anzahl	%
1 Ja	80	41,0 %
2 Teilweise	81	41,5 %
3 Kaum	30	15,4 %
4 Gar nicht	4	2,1 %
Gesamt	195	100,0 %

Konnten nun die Betreuten trotz des Ausfalls des Assistenzdienstes Einrichtungen (Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen u.a.) aufsuchen bzw. ihrer Berufstätigkeit nachgehen? Dies beantworteten 186 Angehörige. 40 Betreute (21,5 %) konnten die Einrichtungen besuchen bzw. ihre Berufstätigkeit ausüben. Für 44 Betreute (23,7 %) war dies nur teilweise, für 14 (7,5 %) kaum und für 47 (25,3 %) gar nicht möglich. Bei 41 Betreuten (22,0 %) traf diese Fragestellung nicht zu.

Letztlich konnten von den insgesamt 145 Betreuten, die normalerweise Assistenz erhielten und mit deren Unterstützung Einrichtungen bzw. Arbeitsstätten aufsuchten, 61 Betreute diese Einrichtungen bzw. Arbeitsstätten kaum oder gar nicht aufsuchen – das waren gut zwei Fünftel. Auch wenn sich aus dieser Frage nicht direkt ableiten lässt, ob der Ausfall der Assistenz die Ursache für das Nichtaufsuchen der Einrichtungen bzw. der Arbeitsstätten war, so dürfte dies doch ein wichtiger Hinderungsgrund gewesen sein.

Tabelle 60 (A – V 46c) War den Betreuten trotz des Ausfalls der Assistenz der Besuch der Einrichtung (z. B. Kita, Schule, Hochschule) oder die Berufstätigkeit möglich?

	Anzahl	%
1 Ja	40	21,5 %
2 Teilweise	44	23,7 %
3 Kaum	14	7,5 %
4 Gar nicht	47	25,3 %
5 Trifft nicht zu	41	22,0 %
Gesamt	186	100,0 %

Die Angehörigen wurde gefragt, was für sie nach ihren Erfahrungen der vergangenen Monate bei Fortgang der Corona-Pandemie besonders wichtig ist und gestärkt werden sollte? Über 3/4 der Befragten (76,2 %, 856 von 1.124) nannten „zwischenmenschliche Beziehungen“, aber schon an zweiter Stelle „Assistenz durch Dienste, Einrichtungen oder Fachleute“ mit 54,4 % (611 von 1.124). Ferner wurde häufig „kompetente Beratung“ (38,2 %), „Einzelbetreuung“ (32,7 %) und „Haushalts- und Serviceangebote“ (31,0 %) angegeben. Insgesamt standen also Hilfsleistung bzw. Hilfestellungen zur Bewältigung ihrer Situation im Vordergrund.

Tabelle 61 (A – V42) Was ist nach Ihren Erfahrungen der vergangenen Monate bei Fortgang der Corona-Pandemie besonders wichtig und sollte gestärkt werden?

N = 1124 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Zwischenmenschliche Beziehungen	856	76,2 %
Unterstützung durch Nachbarn	87	7,7 %
Assistenz durch Dienste, Einrichtungen oder andere Fachleute	611	54,4 %
Einzelbetreuung	367	32,7 %
Haushalts- und Serviceangebote (z. B. Einkaufshilfe)	349	31,0 %
Kompetente Beratung	429	38,2 %
Keine Antwort trifft zu	20	1,8 %

Zugleich ist die Berufstätigkeit der Angehörigen als Belastung zu berücksichtigen. Wie im Kapitel 2.2.1 dargestellt, waren über zwei Drittel der Angehörigen in Voll- oder Teilzeit beschäftigt (327, 30,2 % in Vollzeit, 414, 38,2 % in Teilzeit), weitere 4,4 % (48) geringfügig beschäftigt; sie leisteten also die Betreuung neben ihrer Erwerbstätigkeit. Gut ein Viertel hatte im Rahmen der Corona-Pandemie berufliche Nachteile (Reduktion ihrer Arbeitszeit, Kurzarbeit, in einigen Fällen auch Arbeitsplatzverlust u.a.), jede/jeder Sechste hatte damit verbundene Einkommensverluste hinnehmen müssen. Entlastungen vor allem durch Homeoffice sahen für sich nur rund 15 % der Berufstätigen. (Details siehe im Bericht des Themenfeldes 2: Teilhabe am Arbeitsleben.)

3.2 Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen der Angehörigen

85,3 % der Angehörigen (903 von 1059, die die entsprechende Frage beantworteten) bejahten, dass die Pandemie Auswirkungen auf ihre eigenen sozialen Beziehungen hatte.

Die Angehörigen, die diese Frage mit „Ja“ beantworteten, sollten die Auswirkungen der Pandemie in Bezug auf ihre Familien, ihre Partnerschaft, ihre Freundschaften und andere soziale Beziehungen konkret benennen.

Welche Auswirkungen hatte die Pandemie auf die eigene Familie? - Die wesentlichen Aspekte der insgesamt 678 Freitexte zu dieser Frage lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Präsenz aller Familienmitglieder ist belastend: *„Alle sind 24 Stunden am Tag zuhause; alle sitzen gleichzeitig zuhause, ... es gibt keine Auszeit!!“ – „Alles bleibt an mir hängen Kinder, Schule, Krankheit der Tochter; die Stimmung ist geladen, erhöhte Reizbarkeit.“ – „Ungeduld, Konkurrenzkampf, Langeweile, Stress“. „Anspannung durch wenig Rückzugsmöglichkeiten, Notwendigkeit der ständigen Verfügbarkeit für Kind (mit Behinderungen).“ – „Fehlender Abstand zueinander, man liebt seine Kinder, aber es gab für mich keinen Abstand und ich konnte sie zum Schluss kaum noch ertragen, fühlte mich sehr eingeengt, gerade auch durch meinen Sohn mit der Behinderung, der nie allein zu Hause bleiben kann“. – „Auch fehlen massiv die für alle tollen Ausgleichsangebote, welche wir regelmäßig zusammen gemacht haben (Schwimmbad, Museum oder anderer Freizeiteinrichtungen)“.*

Hohe körperliche und psychische Belastung ohne Entlastung: *„Insgesamt hohe Belastung durch die eigene Arbeit, Homeschooling der Geschwister und die geistigen Einschränkungen des behinderten Kindes.“ – „Sehr viele psychischer Stress durch schwer gestörte Nächte durch Pflegeeinsätze, wenig Schlaf und gleichzeitiger beruflicher Tätigkeit eines Ehepartners“. – „Ich habe mein Kind über mehrere Monate wieder bei mir aufgenommen, weil ich an einem sichereren Ort wohne. Das war logistisch, organisatorisch und psychisch anstrengend.“*

Angst vor Ansteckung: *„Ständig Angst vor Ansteckung durch Personen außerhalb der Familie in Schule/Arbeitsstelle.“ – Eine Ansteckung in der Familie würde die Situation „nochmals verschärfen ... das Pflorgeteam wäre dann weg!“*

Fehlende Hilfen: *„Weil ich ... 24 Stunden alleine pflege und die Familie versorge“. – „Hier gibt und gab es kaum Hilfen; nur das Allernötigste konnte erledigt werden, Sozialpflege entfiel.“ – „Keine Unterstützung durch Familie (Betreuung der Kinder), hoher Stresslevel innerhalb unserer Familie“ – „Großeltern, die sonst unterstützen, fallen aus.“ – „Keine Unterstützung, Wut, Trauer.“*

Daneben wurde aber, wenn auch nur vereinzelt, auch größerer Zusammenhalt und Unterstützung berichtet: *„... gibt es auch mehr Zusammenhalt und gegenseitig Unterstützung“; – „Die Familie rückt näher zusammen, alles findet zu Hause statt, Arbeit, Studium, Schule.“ – „Mehr Zusammenhalt, mehr Unterstützung durch Ehemann, da Homeoffice.“*

Welche Auswirkungen hatte die Pandemie auf die Partnerschaft? (Insgesamt 462 Freitexte.)

Ganz überwiegend werden erhebliche Belastungen beider Partner berichtet: *„Starke Beanspruchung durch Pflege, Betreuung und fördernde Beschäftigung der betreuten Person.“*

Partnerschaft musste dahinter zurückstehen.“ – „Große emotionale Belastung durch Versorgung des Sohnes. So gut wie keine Zeit zur Erholung, für eigene Interessen, für Zweisamkeit.“ – „Die Partnerschaft wird schon auf eine Belastungsprobe gesetzt, da die Zeit zu zweit ohne eine Betreuung sehr fehlt.“ – „Beide Partner sind erschöpft und gestresst. Fehlende Nähe durch Reizbarkeit, fehlende Leichtigkeit durch mehr Probleme im Alltag.“

Doppelbelastung durch Betreuung und Beruf: *„Beziehungsprobleme wegen Sorgen, Isolierung, Homeoffice, Arbeitsplatzgefährdung etc.“ – „Beide im Homeoffice und Kinderbetreuung heißt wenig Zeit, zu viel Nähe, mehr Aufgaben... (Es) dreht sich oft nur um die Organisation des Tagesablaufs.“ – „Betreuung blieb an mir hängen, da mein Mann einen präsenzpflichtigen Beruf ausübt, der nicht im Homeoffice erledigt werden kann, während das bei mir der Fall ist.“*

Daneben hat die pandemiebedingte Belastungssituation auch die Partner näher zusammengebracht, dabei handelt es sich aber nur um wenige Berichte: *„Erhöhte mentale Belastung – vermehrte Stresssituationen, (aber auch) besserer Zusammenhalt.“ – „Die Partnerbeziehung wurde intensiver.“ – „Durch Homeoffice können wir viel mehr Zeit zusammen verbringen.“ – „Mehr Zeit mit dem Partner (aufgrund von Homeoffice, Kurzarbeit und kaum externer Freizeitbeschäftigung).“*

Welche Auswirkungen hatte die Pandemie auf Freundschaften? (Insgesamt 460 Freitexte.)

Ganz im Vordergrund standen das fehlende Miteinander bzw. der fehlende Kontakt: *„Kaum Kontakte, fast nur per Telefon.“ – „Fehlende persönliche Begegnungen und Aktivitäten.“ – „keine Zeit für Freundinnen (aufgrund erhöhter Belastung bei Kinderbetreuung und im Haushalt).“ – „Ich fühle mich trotz Telefonaten einsam. Mir fehlen Gespräche und Körperkontakt.“ – „Kein Sport, keine Treffen“ – „keine gemeinsamen Aktivitäten.“ – „Gemeinsamkeit war nicht möglich - ehrenamtliches Engagement auch nicht.“*

„Distanz und Isolation, es ist schwer die Freundschaften zu pflegen, da man oft nicht mehr telefonieren möchte und man sich zu wenig sehen und treffen kann.“ – „Auflösung der Beziehungsgeflechte“ – (Dies führte auch) „zum „Abbruch jeglicher Beziehung“. Zugleich: „Digitale Kommunikation ersetzt die menschliche Nähe nicht.“ – „Digitale Kontaktmöglichkeiten können die persönlichen Kontakte nicht ersetzen.“

Ein häufig genannter, wesentlicher Aspekt der Kontakteinschränkungen zu Freunden war der Schutz der Betreuten: *„Zum Schutz der zu betreuenden Person weitgehende Kontaktvermeidung.“ – „Besorgnis bei Aktivitäten mich anzustecken und dadurch meiner betreuten Person zu schaden.“ – „Kaum Kontakte wegen zu hoher Gefährdung unserer Tochter – auf ein Minimum beschränkt, hauptsächlich WhatsApp oder Telefon.“*

Auch die Angst, dass die Berufstätigkeit durch eine Ansteckung beeinträchtigt wird: *„Der Kontakt wurde weitestgehend minimiert, da wir ... beruflich nicht ausfallen dürfen.“ – „Einschränkung im öffentlichen Leben, (sonst) berufliche Nachteile.“*

Meinungsverschiedenheiten über die Pandemie und Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung wurden häufiger als Grund für Kontaktabbrüche berichtet: *„Ich habe zu vielen Freund*innen den Kontakt verloren, teilweise wegen unterschiedlichem Umgang mit der Pandemie.“ – „Spaltung durch verschiedene Meinungen zur "Krise". Die Aggression gegen andersdenkende*

wird ja medial geschürt und befeuert. Einseitige Berichterstattung, Angsterzeugende Propaganda, usw. usw.“ – „Konflikte wegen unterschiedlicher Meinungen zum Umgang mit der Pandemie (habe Corona-Leugnerinnen konsequent entfernt).“

Welche Auswirkungen hatte die Pandemie auf andere soziale Beziehungen? (Insgesamt 557 Freitexte.)

Hier werden verschiedene Aspekte der Einschränkung sozialer Beziehungen berichtet, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen:

Persönliches Umfeld: „Auch hier schwierig, wenn die Menschen so in ihren Ängsten sind, andere als potenzielle Gefahr wahrnehmen; sehr schlechte Entwicklung für die Gesellschaft!“ – „Die körperliche Distanz bewirkt auch eine emotional-soziale Distanzierung (v. a. im Arbeitsteam spürbar).“ – „Es ist eine Katastrophe, wenn man im Alltag kaum noch Menschen begegnet, weil alle verängstigt (sind), und außerdem Freundschaften gehen verloren.“ – „Insbes. für Singles im Freundeskreis ein Alptraum und Isolation. Fehlende Nähe. Ängste und Depressionen nehmen zu.“

Berufliches Umfeld: „Auswirkungen auf Kollegialität: keine Aktivitäten neben/außerhalb der Arbeit (z. B. Ausflüge, Betriebsfeier).“ – „...durch Homeoffice – der Kontakt und der Austausch fehlen sehr. Die Belastung zu Hause im Homeoffice ist enorm.“ – „Berufliche Kontakte überwiegend digital.“ – „Kontakte bei der Arbeit reduzieren sich auf Faktenvermittlung weniger private Gespräche oder Gespräche zwischen Tür und Angel, die für den Arbeitsalltag und die Aufgabenbewältigung auch wichtig sind.“ – „Kein "Flurfunk" unter Kolleg*innen.“

Vereine, Hobbies: „Alle Vereinstätigkeiten konnten nicht stattfinden.“ – „Es fehlt der Kontakt zu den Vereinen, kulturellen Veranstaltungen. Freizeitmöglichkeiten.“ – „Keinen Kontakt zu Menschen, die das gleiche Hobby ausüben.“ – „Ein Großteil der Hobbies fällt weg und damit ein bestimmter Personen- und Interessenkreis.“ – „Ich bin Chorsängerin, ... aber das gemeinsame Singen als Erleben ist verboten.“

Mehrfach wurde beklagt, dass Selbsthilfegruppentreffen nicht stattfanden oder die Unterstützung durch die Selbsthilfegruppen sehr eingeschränkt war.

3.3 Welche Unterstützung wünschen sich die Angehörigen für die von ihnen Betreuten und für sich selbst

Für die Betreuten:

Für die Angehörigen, die Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen betreuen, sind Einschränkungen, Ausfälle und Schließungen der Dienste und Einrichtungen zur Versorgung, Ausbildung, Förderung und Teilhabesicherung dieser Menschen von existentieller Bedeutung. Deshalb sollten die Angehörigen aufgrund ihrer bisher gemachten Erfahrungen in der Pandemie die Frage beantworten, was Sie sich an Unterstützung für die von Ihnen betreute Person wünschen, wenn es erneut zur Schließung oder zu einem eingeschränkten Regelbetrieb der Einrichtungen kommt. Die 319 Freitextantworten lassen sich unter folgenden Aspekten zusammenfassen:

Assistenz, Assistenzdienste – von allen Unterstützungsmaßnahmen besonders hervor- gehoben: Assistenzleistungen aufrechterhalten, ausbauen, unbürokratischere Genehmigung und Zuteilung. Sie sollten ohne Einschränkungen auch zu Hause zur Verfügung stehen, für die Beschäftigung und Versorgung der Betroffenen, für Begleitung zur medizinischen und therapeutischen Versorgung und als Assistenz beim Schulbesuch und beim Homeschooling, und als Kita-Assistenz. – Gerade die häusliche Situation mit Homeoffice, Homeschooling von Geschwisterkindern und die alltägliche Versorgung der Familien stellt für die Betreuung und Pflege unter Pandemiebedingungen eine ganz besondere Herausforderung dar. Hierzu 2 Statements: *„Die Schulassistenz 1:1 kam erst am Ende des Lock-Downs zu uns nach Hause. ... (Wünsche mir) jemanden, der die Betreuung meines Sohnes zeitweise übernimmt, damit ich mich auch um meine Tochter kümmern kann und etwas Freiraum für mich habe.“* – *„Unkomplizierte Erhöhung der Assistenzstunden über den LWV (Landeswohlfahrtsverband). Die Assistenzen bringen unheimlich viel Erleichterung und sind in dieser Zeit für uns so wichtig. Leider hat man nur eine begrenzte Stundenzahl, die im Normalfall auch reicht. Es müsste möglich sein, dass sehr schnell der LWV für einen Zeitraum auch mehr Stunden zur Verfügung stellt.“*

Einzelbetreuung: In 21 Statements wurde der Ausbau der Einzelbetreuung u. a. für Menschen mit psychischen Erkrankungen gefordert.

Integrationshilfe: Hauptforderung war, dass die Integrationshilfen, wenn Dienste und Einrichtungen schließen, auch am Wohnort der Betroffenen eingesetzt werden können.

Pflege: Wenn Einrichtungen schließen, muss die Pflege zu Hause auch notfallmäßig von einem Dienst übernommen werden können; Möglichkeiten für eine Auszeit von der 24/7- Pflege, ohne dass es zu einer Unterversorgung der Betreuten kommt. Unter allen Umständen Sicherstellung des Intensivpflegedienstes.

Medizinische Versorgung und therapeutische Leistungen: Der Zugang zur medizinischen Versorgung muss stets gewährleistet sein, ggfs. auch durch die Unterstützung von Assistenz- diensten (z. B. Übernahme der Terminorganisation und Begleitung zu Arztbesuchen). Therapien müssen weiterlaufen, wenn Einrichtungen schließen, Fortführung der in (Förder-) Schule oder anderen Einrichtungen angebotenen Therapien auch zu Hause durch Haus- besuche der Therapeuten. Vermehrt Ergotherapie auch als Online-Angebote.

Testung: Regelmäßiger Einsatz von Schnelltests, um Sicherheit von Assistenz, Betreuung u. a. zu gewährleisten.

Für die Angehörigen selbst:

Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege: Sehr häufig wird betont, wie wichtig Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege gerade unter Pandemiebedingungen zur Entlastung der Angehörigen sind. Sie waren oft geschlossen oder von der Platzzahl reduziert. *„Tagespflege und auch Kurzzeitpflege müssten weiterhin möglich sein; z. B. durch Corona-Schnelltests (die Kosten müssen übernommen werden).“* – *„(Kein) Kurzzeitpflegeplatz, um nach vielen Monaten einmal frei zu haben.“* – *„Klare Ansprechpartner mit Lösungsvorschlägen für Krisensituationen*

sind gefordert – was passiert, wenn ich krank werde und für die Pflege ausfalle? (Kurzzeitpflegeheime) nicht schließen!“ – „Es lastet enormer psychischer Druck auf mir, durch die große Unsicherheit, was mit meinem Mann passiert, wenn ich krankheitsbedingt ausfalle.“

Unterstützung der Pflege und Betreuung durch nichtprofessionelle Helferinnen und Helfer:
„Anbieter für Entlastungsbeitrag fehlen! Daher sollten diese Leistungen auch durch Nachbarn oder andere abgerechnet werden können!“ – „(Ich brauche) Personen, die mich bei der häuslichen Betreuung im Rahmen der Verhinderungspflege stundenweise zuhause ersetzen.“ (Professionelle Kräfte stehen nicht zur Verfügung.) – „Arbeit der pflegenden Angehörigen sollte besser anerkannt und auch entlohnt werden. Entlastungsbetrag sollte zur freien Verfügung und einsetzbar sein. Qualifizierte pflegende Angehörige sollten die Pflege auch beruflich als Einzelpflegekraft ausüben können. Änderung Paragraph § 77 SGB XI anregen.“ Es wird betont, dass die Unterstützung u.U. auch kurzfristig und flexibel zur Verfügung stehen muss.
„(Kurzfristig) Einzelbetreuung für Verschnaufpausen, eigene Arzttermine und eigene Therapien.“

Entlastungsbeitrag – andere finanzielle Unterstützung: Wiederholt wird gefordert, dass der Entlastungsbeitrag von 125 Euro unabhängig von Sozialstationen, Pflegediensten, Verhinderungspflege u. ä. an die pflegenden Angehörigen ausbezahlt werden sollte. *„Anerkennung der Pflegetätigkeit. Der Entlastungsbetrag von 125 Euro, der aufgrund von Corona nicht beansprucht wurde, sollte befristet bis 30.06.21 an die Pflegeperson als Anerkennung ausgezahlt werden – auch wenn diese im selben Haushalt wie der zu Pflegende lebt.“ – „125 Euro Ersatzleistungen monatlich auszahlen! Die Krankenkasse zahlt das als Zuschuss für Tagespflege, diese ist (aber) geschlossen, wir sind 24/7 mit der Pflege meiner Mutter beschäftigt!“ – „Individuelle Entlastungsangebote; zeitweise Aufstockung der finanziellen Entlastungsmöglichkeiten wie Pflegeunterstützungsgeld, Ersatzpflege (u. a.)“.*

Medizinische und therapeutischen Versorgung: Damit pflegende Angehörige überhaupt Termine für Arztbesuche und Therapien wahrnehmen können, sind – auch kurzfristig – *„Möglichkeiten für Ersatzbetreuung nötig“*. – Mehrfach wird der Ausbau der Telemedizin bzw. digitaler ärztlicher und therapeutischer Versorgung gefordert, um das Ansteckungsrisiko zu minimieren: *„Möglichkeit administrative Arztbesuche (Rezepte, Bescheinigungen, Verordnungen usw.) digital zu erledigen.“ – „Versorgungssicherheit mit Medikamenten und mit medizinischen Hilfsmitteln“* – (es wurde die Erfahrung gemacht, dass wichtige Medikamente nicht verfügbar waren).

(Finanzielle) Unterstützung bei der Beschaffung teurer Schutzausrüstung wie Mund-Nasenschutz, FFP2 und Handschuhe – *„auch für privat beschaffte Pflegekräfte bei Pflegetätigkeit.“*

Bessere Information und Beratung durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegedienste und Krankenkassen über die Frage im Zusammenhang mit der Corona-Krise: u. a. Krankheitsbild von Covid-19-Erkrankungen, Risikogruppenzugehörigkeit, Möglichkeiten von Unterstützungsleistungen wie Entlastungsbeitrag, Notversorgung.

3.4 Handlungsoptionen

Angehörige und Bezugspersonen, die Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen versorgen und betreuen, sind eine wesentliche Stütze

der sozialen Versorgung in unserer Gesellschaft. Sie bedürfen zur Wahrnehmung dieser Aufgabe einer möglichst weitgehenden Unterstützung.

Unter der Corona-Pandemie sind viele etablierte Hilfen zur Versorgung und Betreuung weggebrochen, u. a. Tagesbetreuung, WfbM, Schulen/Förderschulen und andere Förder- einrichtungen, Assistenzdienste und therapeutische Leistungen. Oftmals schon unter „Normal“- bedingungen an ihrer Belastungsgrenze hat dies für betreuende Angehörige bzw. Bezugs- personen zur Konsequenz, dass sie oftmals völlig überfordert und überlastet sind. Um die Betreuungssituation überhaupt gewährleisten zu können, mussten sie häufig ihre Arbeits- zeiten reduzieren, sich zeitweise beurlauben lassen oder ihr Arbeitsverhältnis ganz aufgeben und damit finanzielle Einbußen hinnehmen.

Auch unter Pandemiebedingungen müssen die Unterstützungs- und Hilfsangebote, so weit wie möglich, auch in Präsenzform aufrechterhalten bleiben, wenn dies nicht möglich ist, müssen Ersatzangebote zur Verfügung stehen.

Handlungsoptionen:

- Der Ausfall einrichtungsgebundener Leistungen sollte, so weit wie möglich, durch aufsuchende Leistungen (teil-)kompensiert werden (z. B. therapeutische Leistungen als Hausbesuche). Die Leistungserbringer und die Leistungsträger sollten verpflichtet sein, notwendige Leistungen flexibel zu ermöglichen.
- Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege und Notbetreuung müssen für Betroffene und pflegende Angehörige so weit wie möglich geöffnet bleiben bzw. aufgebaut werden. Dies muss u. a. durch gezielte Teststrategien bei Nutzerinnen und Nutzer und Personal abgesichert werden. Wenn solche Einrichtungen nicht zur Verfügung stehen, müssen Ersatzangebote realisiert werden.
- Etablierte, einrichtungsgebundene Assistenzdienste sollten bei Schließung der Einrichtun- gen oder bei unvermeidbaren Risiken durch den Einrichtungsbesuch auch in der Häuslich- keit der Betreuten eingesetzt werden. Gleiches gilt für Integrationshilfen und Schul- begleitungen. Bei Mehrbedarf sollten vermehrte oder neue Assistenzleistungen ermöglicht und finanziert werden.
- Deckung des Bedarfes an Einzelbetreuung u. a. für Menschen mit psychischen Erkrankun- gen unter Nutzung verschiedener Sozialleistungen wie Soziotherapie, Hausbesuche durch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), intensivierete Ergotherapie und vor allem persönliche Assistenzleistungen.
- Wenn bei Einrichtungsschließungen Pflege und Betreuung zu Hause übernommen wer- den, müssen auch notfallmäßig Dienste (Pflege und Assistenz, vgl. Kap. 4.16) verfügbar sein. Auszeiten während der 24/7-Pflege müssen ermöglicht werden, ohne dass es zu einer Unterversorgung der Betreuten kommt.
- Wenn pandemiebedingt die Pflege zu Hause durch nichtprofessionelle Helferinnen und Helfer unterstützt werden muss (z. B. weil keine ausreichende professionelle Unter- stützung zur Verfügung steht), ist dies angemessen zu finanzieren. Die Finanzierung sollte auch den Familienangehörigen zustehen. Dazu muss § 77 SGB XI geändert werden.

- Testung: Regelmäßiger Einsatz von individuell geeigneten Schnelltests (z. B. im Fall von Kindern Spuck-Tests), um Sicherheit von Assistenz, Betreuung u. a. zu gewährleisten; Finanzierung der Testungen.
- (Finanzielle) Unterstützung bei der Beschaffung von Schutzausrüstung wie Mund-Nasen-Schutz, FFP2-Masken, Handschuhe u. a. – auch für privat organisierte Pflegekräfte/-hilfen.
- Die Nutzung notwendiger therapeutischer oder psychosozialer Angebote darf nicht am Wegfall von Beförderungsdiensten scheitern. Die finanziellen Mittel etwa für Einzeltransporte (bei ansonsten Sammeltransporten) oder Taxi-Service müssen von den zuständigen Leistungsträgern, gegebenenfalls von staatlichen Stellen, zur Verfügung gestellt werden (vgl. Kap. 4.9).
- Ausbau telemedizinischer bzw. digitaler ärztlicher und therapeutischer Versorgungsangebote, um die Ansteckungsrisiken zu minimieren [64].
- Verbesserung der Informations- und Beratungsangebote durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegedienste, Pflegestützpunkte, Krankenkassen, Sozialdienste und Sozialämter sowie der Ergänzenden unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) zu Fragen im Zusammenhang mit der Corona-Krise, auch im Sinne einer pandemiespezifischen niedrigschwelligen Beratung über Unterstützungsangebote.
- Der Entlastungsbeitrag von 125 € sollte bei Nichtausschöpfung – unabhängig von anderen Leistungen der Pflegeversicherung (Sozialstationen, Pflegediensten, Verhinderungspflege u. ä.) – an pflegende Angehörigen ausbezahlt werden können.
- Die Möglichkeiten des Kinderkrankengeldes nach § 45 SGB V, der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V sowie der ambulanten Familienhilfe nach § 20 SGB VIII sollten stärker bekannt gemacht und vermehrt in Anspruch genommen werden. Hierzu sollten § 38 SGB V und § 20 SGB VIII um pandemiespezifische Regelungen ergänzt werden.
- Für die finanziellen Belastungen sollte den betreuenden Angehörigen eine Entschädigung, zum Beispiel in Anlehnung an das „Kinderkrankengeld“ oder in anderer Form, zugesprochen werden [106].
- Angehörige müssen bei Wegfall von Diensten/Einrichtungen auch nicht-professionelle Dienstleister für die Betreuung v. a. in Krisen-/Pandemiezeiten nutzen dürfen.

4 Auswirkungen der Corona-Pandemie und ihrer Folgen auf die Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Rehabilitation

Die Corona-Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung hatten auch auf die Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung selbst erhebliche Auswirkungen. Hierzu wurden im Fragebogen für die Leistungserbringer wesentliche Aspekte thematisiert. Im folgenden Unterkapitel 5.1 sind diese Fragestellungen, die für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung, einschließlich der medizinischen Rehabilitation relevant waren. Im Unterkapitel 5.2 liegt der Fokus auf der besonderen Situation der Dienste und Einrichtungen, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbrachten.

Die Fragen richteten sich an die Vertreterinnen und Vertreter aller Bereiche der Gesundheitsversorgung. Wie im Unterkapitel 2.3 aufgeführt, gehörten 148 (66,4 %) der Antwortenden der Leitung von Diensten und Einrichtungen an, 68 (30,5 %) waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 5 (2,2 %) Schwerbehindertenvertreterinnen und -vertreter und 4 (1,8 %) Mitglieder von Betriebs-/Personalräten. Ein Teilnehmer bzw. eine Teilnehmerin nahm als Betriebsärztin oder -arzt an der Befragung teil.

4.1 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (einschließlich der medizinischen Rehabilitation) aus der Sicht der Leistungserbringer

4.1.1 Schließung von Diensten und Einrichtungen

Im Rahmen der Pandemie kam es zu zeitweilig vollständigen und teilweisen Schließungen von Einrichtungen. Dazu wurden die Leitungen der Einrichtungen befragt. Über ein Drittel der Einrichtungen (51 von 142, 35,9 %) waren zeitweilig komplett geschlossen, von diesen waren 25 zusätzlich zu einem anderen Zeitraum teilweise geschlossen. Teilweise geschlossen waren 35 (24,3 %). Von keinen Schließungen betroffen waren 58 (40,3 %) Einrichtungen.

Tabelle 62 (E – V32 neu) Vollständige und teilweise Schließungen der Einrichtungen

N = 144	Anzahl	%
1 Vollständige Schließung	26	18,1 %
2 Teilweise Schließung	35	24,3 %
3 Teilweise und vollständige Schließung	25	17,4 %
4 Keine Schließung	58	40,3 %
Gesamt	144	100,0 %

Die Dauer dieser vollständigen Schließungen reichte von einer Woche bis zu 25 Wochen. Von den 50 Einrichtungen, von denen Angaben vorliegen, waren 13 (26,0 %) bis zu 4 Wochen geschlossen, weitere 19 (38,0 %) waren von 5 bis 8 Wochen, 11 (22,0 %) von 9 bis 12 Wochen und 7 Einrichtungen (14,0 %) 13 und mehr (bis zu 25 Wochen) geschlossen.

Tabelle 63 (E – V31) Für wie viele Wochen war Ihre Einrichtung vollständig geschlossen?

Wochen	Anzahl	%
1 - 4	13	26,0 %
5 - 8	19	38,0 %
9 - 12	11	22,0 %
13 und mehr (bis 25 Wochen)	7	14,0 %
Gesamt	50	100,0 %

Als Grund für die teilweisen bzw. vollständigen Einrichtungsschließungen wurden am häufigsten behördliche Auflagen (55 von 86, 64,0 %) genannt. In 53,5 % der Fälle (46) waren es Entscheidungen der Träger, in 19,8 % (17) Entscheidungen der Leistungsträger. Jeweils 5 Einrichtungen (5,8 %) gaben als Grund Corona-Infektionen der Nutzerinnen und Nutzer bzw. beim Personal an (Mehrfachnennungen waren möglich).

Tabelle 64 (E – V 37) Gründe für die teilweise oder vollständige Schließung

N = 86 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Coronainfektionen bei den NutzerInnen	5	5,8 %
Coronainfektionen beim Personal	5	5,8 %
Entscheidung des Trägers der Einrichtung	46	53,5 %
Behördliche Auflage	55	64,0 %
Entscheidung des Leistungsträgers	17	19,8 %
Andere Gründe: ...	14	16,3 %
Keine Antwort trifft zu	1	1,2 %

4.1.2 Einschränkungen der Leistungen der Gesundheitsversorgung und der Dienste und Einrichtungen

Unter der Corona-Pandemie war es neben den Schließungen in vielen Diensten und Einrichtungen zu Leistungseinschränkungen gekommen. Keine Einschränkungen in der Versorgung waren nach Auskunft der Leitungen nur bei 6 von 145 (4,1 %) Einrichtungen eingetreten.

Am häufigsten wurden die Einschränkungen auf organisatorische Maßnahmen auf Grund der Corona-Schutzvorschriften (z. B. Pausen zwischen Terminen, kleinere Gruppen, Schichtbetrieb) zurückgeführt; dies gaben von den 145 antwortenden Einrichtungsvertretern 111 (76,6 %) an. Als zweithäufigsten Grund nannten sie behördlich angeordnete Schließungen, (68, 46,9 %). In 46 Einrichtungen (31,7 %) kam es zu Einschränkungen wegen Corona-Infektionen beim Personal, ein weiterer Grund war in 27 Einrichtungen (18,6 %), dass Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter selbst zur Risikogruppe mit erwartbar schwerem Verlauf im Falle einer Corona-Infektion gehörten und nicht oder nur eingeschränkt eingesetzt werden konnten. Unter „Andere Gründe...“ wurde überwiegend *Quarantäne-Maßnahmen von Patienten und Personal (13) und die Einschränkungen von Präsenzterminen bei ambulanten Angeboten, hierbei auch Angst der Nutzerinnen und Nutzer vor einer Ansteckung genannt.* (Mehrfachnennungen waren möglich.)

Tabelle 65 (E – V8) Gibt es in Ihrer Einrichtung durch die Corona-Pandemie bedingte Einschränkungen der Versorgung für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit oder chronischen Erkrankungen?

N = 145 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Ja, Personal fiel aus durch eigene Infektionen mit dem Corona-Virus	46	31,7 %
Ja, Personal fiel aus, da selbst zu Corona-Risikogruppe zählend (mit erwartbar schwerem Verlauf im Falle einer Infektion mit dem Corona-Virus)	27	18,6 %
Ja, durch behördlich angeordnete Schließungen	68	46,9 %
Ja, durch organisatorische Maßnahmen auf Grund der Schutzvorschriften z. B. Pausen zwischen Terminen, kleinere Gruppen Schichtbetrieb	111	76,6 %
Keine Einschränkungen	6	4,1 %
Andere Gründe: ...	26	17,9 %

Auch wenn in dieser Tabelle nicht aufgeführt, so waren Corona-Infektionen der Nutzerinnen und Nutzer sicherlich ein weiterer Grund für Einschränkungen der Leistungsangebote. In fast der Hälfte der Einrichtungen, 67 von 142 (47,2 %) waren solche Infektionen mit dem Corona-Virus aufgetreten.

Tabelle 66 (E – V 20) Hatten Sie nachgewiesene Infektionen mit dem Corona-Virus bei Nutzerinnen und Nutzern Ihrer Einrichtung?

	Anzahl	%
1 Ja	67	47,2 %
2 Nein	75	52,8 %
Gesamt	142	100,0 %

4.1.3 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Personalsituation – Zusätzliche Belastungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die mit der Corona-Pandemie einhergehenden Auswirkungen auf die Einrichtungen waren für das Personal besonders gravierend. Dies betraf die Arbeitsplatzsicherheit, Veränderungen am Arbeitsplatz und besondere Belastungen bei der Arbeit.

Die Leitungen, die Schwerbehindertenvertreter und -vertreter und die Personalräte wurden gefragt, welche Auswirkungen die Vorschriften und Beschränkungen im Zuge der Pandemiebekämpfung auf die Personalsituation und das Personalmanagement in ihrer Einrichtung hatten. Obwohl davon auszugehen war, dass die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in der Pandemie allseits besonders gefordert waren, kam es dennoch in größerem Umfang zu Kurzarbeit, vereinzelt auch zu Entlassungen. Von 155 Einrichtungsvertretern, die antworteten, wurde von 62 (40,0 %) angegeben, dass es in ihrer Einrichtung im Verlauf der Pandemie zu Kurzarbeit gekommen war, in 3 Einrichtungen (1,9 %) sogar zu Entlassungen. Von 33 Einrichtungen (21,3 %) wurde berichtet, dass keine Neueinstellungen mehr erfolgten. In 23 Freitextantworten („Weitere Auswirkungen...“) wurden auch vereinzelt Überstundenabbau und Minusstunden genannt.

Tabelle 67 (E – V31) Welche Auswirkungen hatten die Vorschriften und Beschränkungen im Zuge der Pandemiebekämpfung auf die Personalsituation und das Personalmanagement in Ihrer Einrichtung

N = 155 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Kurzarbeit	62	40,0 %
Entlassungen	3	1,9 %
Keine Neueinstellungen	33	21,3 %
Mehrarbeit (Überstunden)	57	36,8 %
Erhöhter Personalbedarf	43	27,7 %
Besondere Regelungen für Beschäftigte mit chronischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen	39	25,2 %
Erschwerte Zusammenarbeit mit Betriebs-/Personalrat, MAV, Schwerbehindertenvertretung	10	6,5 %
Weitere Auswirkungen: ...	23	14,8 %
Keine Antwort trifft zu	9	5,8 %

Andererseits berichteten 43 (27,7 %) Einrichtungen über einem höheren Personalbedarf als auch über Mehrarbeit, die in 57 Einrichtungen (36,8 %) angefallen war. In 39 Einrichtungen (25,2 %) wurden besondere Regelungen für Beschäftigte mit chronischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen festgelegt.

Offensichtlich war wegen dieser Probleme die Zusammenarbeit mit den Personalvertretungen und/oder Schwerbehindertenvertretungen in einer kleinen Anzahl von Einrichtungen erschwert (10 Einrichtungen, 6,5 %).

Im Folgenden wurden die Leitungen der Dienste und Einrichtungen zu den aus ihrer Sicht entstandenen Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefragt. Fast alle Einrichtungsvertreter (140 von 141, die antworteten) sahen zusätzliche, durch die Corona-Pandemie bedingte Belastungen, 99 (70,7 %) höhere Arbeitsintensität, nur geringfügig weniger mit 91 (65,0 %) die Sorgen um das Wohlbefinden der Nutzerinnen und Nutzern bei Corona. Von 52 (37,1 %) wurde die schwierige Umstellung auf neue Betreuungskonzepte genannt. Hinzu kamen Sorgen um den Arbeitsplatz (46, 32,9 %) und Überstunden/Mehrarbeit (38, 27,1 %). Unter den 42 Angaben über „weitere Belastungen...“ wurde v. a. genannt: *Durchführung und Einhalten der Hygieneregungen, vor allem das (ständige) Tragen von Mund-Nase-Schutz (13), Sorgen des Personals vor eigenen Ansteckungen (9), Schwierigkeiten der Nutzerinnen und Nutzer, die Hygieneregungen umzusetzen oder zu verstehen (5) und Erschwernisse bei der Durchführung der Versorgung/Therapien (9).*

Tabelle 68 (E – V10) Gründe für zusätzliche, durch die Corona-Pandemie bedingte Belastungen für die Mitarbeiter.

N = 140 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Höhere Arbeitsintensität	99	70,7 %
Überstunden/Mehrarbeit	38	27,1 %
Sorgen um Arbeitsplatz	46	32,9 %
Sorgen um das Wohlbefinden der NutzerInnen bei Corona	91	65,0 %
Schwierige Umstellung auf neue Betreuungskonzepte	52	37,1 %
Weitere Belastungen: ...	42	30,0 %
Keine Antwort trifft zu	0	0,0 %

Es ist davon auszugehen, dass Corona-Infektionen bei den Nutzerinnen und Nutzern, die ja in knapp der Hälfte der Einrichtungen auftraten, ebenfalls eine besondere Belastung für die Mitarbeitenden darstellten.

In den Diensten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung war die Digitalisierung und das Homeoffice ein wichtiger Aspekt für besondere Belastungen des Personals, aber in geringerem Ausmaß als z. B. in den Bereichen „Teilhabe am Arbeitsleben“ oder „Bildung und Erziehung“.

Der Frage, ob in der Zeit nach dem ersten Lockdown im Frühjahr die Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Digitalisierung und Homeoffice gegenüber dem Normalbetrieb angestiegen war, stimmten 136 Antwortende 51 (37,5 %) mit „trifft voll“ bzw. „trifft eher“ zu, 95

(62,5 %) gaben „trifft weniger“ bzw. „trifft gar nicht zu“ an. (Siehe Tabelle E – V11 – im Bereich „Teilhabe am Arbeitsleben“ lag der Anteil der „voll“ und „eher“ Zustimmenden bei 48,1 %, im Bereich „Bildung und Erziehung“ sogar bei 76,9 %.)

Tabelle 69 (E – V11) Inwiefern trifft die folgende Aussage zu: In der Zeit nach dem Lockdown im Frühjahr ist die Belastung der Mitarbeiter durch Digitalisierung und Homeoffice gegenüber dem Normalbetrieb angestiegen.

	Anzahl	%
1 Trifft voll zu	12	8,8 %
2 Trifft eher zu	39	28,7 %
3 Trifft weniger zu	40	29,4 %
4 Trifft gar nicht zu	45	33,1 %
Gesamt	136	100,0 %

Dennoch spielt die Digitalisierung auch in der Gesundheitsversorgung in verschiedener Weise eine große Rolle, wie die Beantwortung der Frage zeigt, wodurch die Belastung (des Personals) angestiegen waren.

Tabelle 70 (E - V12) Wodurch ist die Belastung angestiegen?

N = 91 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Einführung digitaler Anwendungen	56	61,5 %
IT-Nachqualifikation	19	20,9 %
Auf Grund der IT- und Online Aktivitäten müssen Unterlagen neu erstellt werden (z. B. für Bildung, Fortbildung und Schulungen)	17	18,7 %
Absprachen sind erschwert	52	57,1 %
Kollegiale Unterstützung ist erschwert	59	64,8 %
Unmittelbares Feedback durch Vorgesetzte und Kollegen fehlt	30	33,0 %
Doppelbelastung bei Homeoffice durch Kinderbetreuung	40	44,0 %
Anderes: ...	13	14,3 %
Keine Antwort trifft zu	3	3,3 %

Von den 91 Antwortenden nannten 56 (61,5 %) die Einführung digitaler Anwendungen am häufigsten, 40 (44,0 %) die Doppelbelastung durch Homeoffice und Kinderbetreuung, 19 (20,9 %) IT-Nachqualifikationen und 17 (18,7 %) die Neuerstellung von Unterlagen auf Grund der IT- und Online-Aktivitäten. Noch etwas häufiger waren aber die Belastungen auf Grund von Beeinträchtigungen der Zusammenarbeit. 59 (64,8 %) gaben an, dass die kollegiale Unterstützung, 52 (57,1 %) dass Absprachen erschwert waren, und 30 (33,0 %), dass das unmittelbare Feedback durch Vorgesetzte als auch Kolleginnen und Kollegen fehlte. Unter „Anderes...“ wurden neben diesen Aspekten vor allem Defizite in der IT-Ausstattung, die oft als sehr belastend wahrgenommen wurden, genannt.

Aber auch die familiäre Situation war nach mehrheitlicher Auffassung der Leitungen der Dienste und Einrichtungen durch Mehraufwände in der Familie belastet, wie die Tabelle E –

V14 zeigt – mehr als 70 % der 87 Antwortenden sahen dies als „voll“ oder „eher“ zutreffend an.

Tabelle 71 (E –V14) Die Mitarbeitenden klagen insgesamt über Doppelbelastung durch pandemiebedingte Mehraufwände in der Familie (Kinderbetreuung, Pflegebedürftige etc.)

	Anzahl	%
1 Trifft voll zu	22	25,3 %
2 Trifft eher zu	40	46,0 %
3 Trifft weniger zu	21	24,1 %
4 Trifft gar nicht zu	4	4,6 %
Gesamt	87	100,0 %

Die Corona-bedingte Mehrbelastung in den Einrichtungen hatte auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig Auswirkungen wie psychische Probleme und Erschöpfung (direkte Folgen von Corona-Infektionen waren hier nicht gemeint). Von 204 Einrichtungsvertretern bejahten dies 142 (69,6 %). 128 Einrichtungsvertreter machten drüber hinaus auch Angaben, inwieweit bei denen, die solche gesundheitlichen Beeinträchtigungen angegeben hatten, ein höherer Krankenstand zu verzeichnen war. 85 von 128 (66,4 %) konstatierten einen dadurch bedingten höheren Krankenstand.

Tabelle 72 (E – V16) Führten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie psychische Probleme und Erschöpfung als Auswirkungen der Corona-bedingten Mehrbelastung zu einem höheren Krankenstand?

N = 128	Anzahl	%
1 Ja	85	66,4 %
2 Nein	43	33,6 %
Gesamt	128	100,0 %

Die Ausfälle hatten Folgen für die Arbeit der Einrichtungen. Gefragt wurde, ob diese personellen Ausfälle die Umsetzung der Aufgaben der Einrichtung gefährdet hatten. Von 202 Einrichtungsvertretern, die diese Frage beantworteten, bejahten 19 (9,4 %) dies mit „trifft voll“, 43 (21,3 %) mit „trifft eher zu“. Demgegenüber beurteilten 80 (39,6 %) dies als „weniger“, 60 (29,7 %) als „gar nicht“ zutreffend.

Tabelle 73 (E – V19) Die Corona-bedingten Ausfälle bei den Mitarbeitenden haben die Umsetzung der Aufgaben der Einrichtung gefährdet.

N = 202	Anzahl	%
1 Trifft voll zu	19	9,4 %
2 Trifft eher zu	43	21,3 %
3 Trifft weniger zu	80	39,6 %
4 Trifft gar nicht zu	60	29,7 %
Gesamt	202	100,0 %

4.1.4 Risikogruppen für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion

Sowohl unter den Mitarbeitenden als auch unter den Nutzerinnen und Nutzern gab es Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen, die mit einem höheren Risiko für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion einhergingen. Es gibt – allerdings erst seit November 2020 – detailliertere Kriterien für die besondere Schutzbedürftigkeit dieser Menschen am Arbeitsplatz (Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten – Arbeitsmedizinische Empfehlung November 2020).

Allgemeine Kriterien für das Risiko eines schweren Verlaufs hat das Robert-Koch-Institut herausgegeben. Die Zuordnung zu einem solchen Risiko sollte folglich auch Konsequenzen für die Arbeitsplatzgestaltung bzw. für die Versorgungsleistungen in den Einrichtungen haben.

53 von 105 Einrichtungsvertretern (50,5 %) berichteten, dass bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen eine individuelle Gefährdungsbeurteilung eingeleitet worden war, bei 52 (49,5 %) nicht.

Tabelle 74 (E – V17) Wurde für Mitarbeiter mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen eine individuelle Gefährdungsbeurteilung eingeleitet?

N = 105	Anzahl	%
1 Ja	53	50,5 %
2 Nein	52	49,5 %
Gesamt	105	100,0 %

Bei den Nutzerinnen und Nutzern konnte – in den einzelnen Bereichen der Gesundheitsversorgung unterschiedlich - die Beurteilung des besonderen Risikos Konsequenzen für die Inanspruchnahme von Angeboten haben. Dies gaben 112 von 143 Einrichtungsvertretern (78,3 %) an.

Dementsprechend wurden die Einrichtungsvertreter gefragt, ob Gefährdungsbeurteilungen für Nutzerinnen und Nutzer, insbesondere bei einer Zuordnung zu einer Risikogruppe durchgeführt wurden, um Besuchseinschränkungen oder Einschränkungen bei der Inanspruchnahme von Angeboten festzulegen. Von 129 Einrichtungen gaben 51 (39,5 %) an, solche Gefährdungsbeurteilungen häufig, 43 (33,3 %) gelegentlich, 16 (12,4 %) selten und 19 (14,7 %) nie durchzuführen.

Tabelle 75 (E – V22) Wurden in Ihrer Einrichtung auch Gefährdungsbeurteilungen für Nutzerinnen und Nutzer, insbesondere bei einer Zuordnung zu einer Risikogruppe, durchgeführt, um Besuchseinschränkungen oder Einschränkungen bei der Inanspruchnahme von Angeboten festzulegen?

N = 129	Anzahl	%
1 Häufig	51	39,5 %
2 Gelegentlich	43	33,3 %
3 Selten	16	12,4 %
4 Nie	19	14,7 %
Gesamt	129	100,0 %

4.1.5 Behördliche Regelungen, Anordnungen und Hinweise

Die Corona-Pandemie machte eine Fülle von gesetzlichen und nicht gesetzlichen Regelungen notwendig; aufgrund der besonderen Dynamik der Pandemie mussten sie im Verlauf der Pandemie wiederholt geändert werden. Ein besonderes Problem für die Dienste und Einrichtungen waren die Unterschiedlichkeit bzw. die nicht ausreichende Abstimmung der Regelungen zwischen Bundes- und Landesebene sowie die unterschiedliche Anwendung dieser Regelungen durch die regionalen Gesundheitsbehörden und Gesundheitsämter. Zu dieser Problematik sollten die folgenden Fragen Hinweise geben; sie richteten sich an alle Vertreterinnen und Vertreter der Dienste und Einrichtungen, also Leitungen, Mitarbeitende, Personalräte und Schwerbehindertenvertreterinnen und -vertreter.

Als erstes wurde gefragt, ob die Dienste und Einrichtungen über die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise zum Umgang mit der Corona-Pandemie rechtzeitig informiert worden waren. Von 216 Antwortenden bejahten dies 124 (57,4 %), 79 (36,6 %) sahen sich nur „teilweise“, 13 (6,0 %) nicht rechtzeitig informiert.

Tabelle 76 (E – V23) Wurden Sie über die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise zum Umgang mit der Corona-Pandemie rechtzeitig informiert?

N = 216	Anzahl	%
1 Ja	124	57,4 %
2 Teilweise	79	36,6 %
3 Nein	13	6,0 %
Gesamt	216	100,0 %

Auf die Frage, ob die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise ausreichend klar waren, bejahten dies nur 66 von 217 antwortenden Personen (30,4 %), 118 (54,4 %), also eine Mehrheit, konnte dies nur teilweise, 33 (15,2 %) nicht bestätigen.

Tabelle 77 (E - V24) Waren die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise ausreichend klar?

N = 217	Anzahl	%
1 Ja	66	30,4 %
2 Teilweise	118	54,4 %
3 Nein	33	15,2 %
Gesamt	217	100,0 %

Des Weiteren wurde nach der inhaltlichen Angemessenheit der staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise aus der Sicht der Dienste und Einrichtungen gefragt. Eine Mehrheit, 118 von 212 antwortenden (55,7 %) fanden sie inhaltlich angemessen, aber 80 (37,7 %) nur teilweise und 14 (6,6 %) nicht angemessen.

Tabelle 78 (E - V25) Waren die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise aus Ihrer Sicht inhaltlich angemessen?

N = 212	Anzahl	%
1 Ja	118	55,7 %
2 Teilweise	80	37,7 %

3 Nein	14	6,6 %
Gesamt	212	100,0 %

In 75 Freitexten hatten die Vertretungen der Dienste und Einrichtungen darüber hinaus Stellungnahmen zur Angemessenheit der Regelungen, Anordnungen und Hinweise abgegeben. Zusammenfassend sind hier die wesentlichen Aspekte, die mehrheitlich ein kritisches Bild der getroffenen Maßnahmen zeichnen, abgebildet:

- Anfangs kamen die Anordnungen *zu spät oder oft sehr spät*.
- Es gab keine klaren Aussagen. Das Risiko wird an die Betreiber 100 % weitergeleitet... *Es liegt in unserem Ermessen und Risiko, ob wir ambulante Dienste anbieten oder nicht... Behördliche Vorgaben wären besser.*
- *Manche Maßnahmen und Anordnungen haben in der realen Umsetzung zu Widersprüchen geführt; z. B. ... Einschränkung für Gruppengrößen im Freien oder unterschiedliche Schutzvorgaben für verschiedene Berufsgruppen bei gleichem Tätigkeitsprofil, z. B. Pädagoginnen gegenüber Therapeutinnen. Dies ist sachlich nicht zu vermitteln.*
- *Sehr kurzfristig Informationen ohne Erklärung bekommen, die zu drastischen Veränderungen führten (z. B. Klinikschließung und damit kompletter Versorgungsausfall für RehabilitandInnen). – Lediglich Pauschalregelungen und Nicht-Berücksichtigung der vorherrschenden Gegebenheiten und der Fachrichtung – seitenlange und umständliche Erläuterungen.*
- *Häufig wechselnde Anordnungen, unterschiedliche Anordnungen zwischen Bund und Ländern, auch zwischen den Ländern selbst (problematisch z. B. für Klinik mit Standorten in verschiedenen Bundesländern oder in der Grenzregion zweier Länder).*
- *Häufig wurde eine fehlende Teststrategie für MitarbeiterInnen und NutzerInnen mit Bereitstellung der entsprechenden Finanzierung als Defizit gesehen.*
- *Besuchsregelungen u. a. mit Betretungsverboten wurden teils als zu kategorisch und überzogen, zu wenig flexibel angesehen ... eine Teststrategie inklusive der entsprechenden Kompensation der Kosten wurde vermisst. Es wurde kritisiert, dass das Recht auf Therapieleistungen durch das Besuchsrecht ausgehebelt wurde.*
- *Andere erlebten die Behörden als überfordert: Die Schutzabsicht ist klar und verständlich und wird unterstützt. Die Umsetzung war kompliziert, da das Gesundheitsamt und andere staatlichen Stellen überfordert und nicht leicht erreichbar sind.*
- *Auf der anderen Seite wurde kritisiert, dass der Schutz der Risikogruppen nicht ausreichend erfolgt war. Auch hier war die Teststrategie unzureichend.*
- *Stringentere Durchsetzung hätte ich mir gewünscht; im großen Ganzen war ich zufrieden.*
- *Kritisiert wurde auch, dass die Maßnahmen wenig oder gar nicht auf die Bedürfnisse von Vorsorge-/Reha-Kliniken angepasst waren.*
- *Verschiedentlich wurden die negativen Konsequenzen für die Nutzerinnen und Nutzer thematisiert, so: zu viele freie Betten bei fehlender Auslastung – Einschränkung für elektive Eingriffe war überflüssig – Abbruch von Reha-Maßnahmen, die bereits begonnen hatten – Schließungen ohne Kompensation, dies hatte Stilllegung des (ganzen) Reha-Betriebes zur Folge.*

Dennoch gab die große Mehrheit der antwortenden Einrichtungsvertreter an, dass die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise umsetzbar waren. 145 von 215 Befragten (67,4 %) bejahten die entsprechende Frage, 70 (32,6 %) sahen dies nur teilweise als gegeben, aber kein Einrichtungsvertreter verneint dies.

Tabelle 79 (E – V27) Waren die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise umsetzbar?

N = 215	Anzahl	%
1 Ja	145	67,4 %
2 Teilweise	70	32,6 %
3 Nein	0	0,0 %
Gesamt	215	100,0 %

Die Befragten sollten 2 Beispiele dafür geben, warum die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise nicht oder nur teilweise umsetzbar waren. Im Folgenden eine Zusammenfassung wesentlicher, beispielhafter Aspekte von insgesamt 100 Freitexten:

- Abstandsregeln nicht einhaltbar: *Einhaltung des Mindestabstandes zu anderen Kollegen nicht immer leistbar – Abstandsregelungen bei IQ-Testungen einzuhalten, Abstand halten in der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern nicht möglich – Patienten-Entzerrungen beim Fahrdienst einer amb. Reha-Einrichtung.*
- Räumlichkeiten/Platzangebot nicht ausreichend: *10 qm Fläche pro Patient bei Gruppentherapie kaum umsetzbar – Bei der Bereitstellung eines Besucherraumes mit ausreichend Platz - Verbot für Rehabilitanden, Klinikgelände zu verlassen, bei winzigem Gelände rund um Klinikgebäude – ...die Zahl der gleichzeitig im Ladengeschäft anwesenden Kunden soll nicht höher als ein Kunde je 10 qm Verkaufsfläche sein. Nach der klinikinternen Regelung soll die Arbeitsfläche für den ersten Mitarbeiter 8 qm betragen und für jeden weiteren Mitarbeiter 6 qm. Das ist inkonsequent ...*
- Lüften nicht angemessen möglich: *Haus hat nur Oberlichter – Querlüften, die Fenster lassen sich nicht ganz öffnen – Raum konnte nicht belüftet werden.*
- Hygiene- und Schutzmaterialien: *Schutzkleidung/MNS anfangs nicht verfügbar – FFP-2- + 3-Masken gab es kaum – Masken... sollten bis zu 3 Tage genutzt werden, aus Kostengründen – (Für) Hygieneschutzregeln kein Material, Zusatz-Kostenfrage nicht geklärt.*
- Mund-Nase-Schutz nicht möglich/erschwerend: *bei (Klein-)Kindern nicht möglich – Individueller Umgang mit Betroffenen zeitlich/personell nicht machbar – Gespräche unterbrechen wg. Atempausen (FFP 2-Maske) manchmal situativ sehr unpassend.*
- Testung nicht durchführbar – keine Finanzierung: *Durchführung von PCR-Test vor Aufnahme – Testung aller Patienten unklare Finanzierung – Teststrategie aktuell völlig undurchschaubar (RKI-Regelung).*
- Videosprechstunden wurden empfohlen, von Krankenkassen eine Finanzierung aber abgelehnt. *Videotelefonie ist im Zusammenhang von Kindern mit mehrfachen Beeinträchtigungen keine Dauerlösung; technische Voraussetzungen nicht gegeben.*
- Besuchseinschränkungen wurden durch Angehörige teilweise umgangen. *Kontrolle jeder eintretenden Personen ohne finanziellen Ausgleich sehr schwer.*

4.1.6 Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden

Angesichts dieser eher kritischen Sicht der Vertretungen der Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung auf die an sie herangetragenen staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise war die Frage, wie die Kooperation mit den Gesundheitsbehörden (alles in allem) funktionierte. Es antworteten 131 Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungen. Mit einer Anzahl von 72 (55,0 %) beurteilte die Mehrheit die Kooperation als „gut“, 38 (29,0 %) als „weniger gut“. Demgegenüber gaben 12 (9,2 %) der Einrichtungsvertreter an, dass die Kooperation „schlecht“ und 9 (6,9 %), dass sie „gar nicht“ funktioniert hatte.

Tabelle 80 (E - V30) Wie funktionierte die Kooperation mit den Gesundheitsbehörden?

N = 131	Anzahl	%
1 Gut	72	55,0 %
2 Weniger gut	38	29,0 %
3 Schlecht	12	9,2 %
4 Gar nicht	9	6,9 %
Gesamt	131	100,0 %

4.2 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation aus der Sicht der Leistungserbringer

Es beteiligten sich 65 Einrichtungen an der Befragung, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, stationär, ambulant oder mobil, erbringen. Es antworteten jeweils Vertretungen der Leitungen. Folgende Indikationsbereiche wurden genannt: 32 muskuloskelettale Indikation, 7 Kardiologie, 13 Neurologie, 5 Onkologie, 12 Geriatrie, 14 Psychosomatik, 3 Kinder- und Jugendrehabilitation; bei „andere...“ handelte es sich um Rehabilitationseinrichtungen der Indikationen: Pulmologie, Dermatologie, Sucht/Abhängigkeit.

Tabelle 81 (E – V56) Indikationsschwerpunkte der stationären und ambulanten/mobilen Rehabilitation

N = 65 Mehrfachnennungen	Anzahl	%
Muskuloskelettal	32	49,2 %
Herz-Kreislauf	7	10,8 %
Neurologie	13	20,0 %
Onkologie	5	7,7 %
Geriatrie	12	18,5 %
Psychosomatik	14	21,5 %
Kinder und Jugend-Reha	3	4,6 %
Andere: ...	19	29,2 %
Keine Antwort trifft zu	2	3,1 %

Unter den Einrichtungen waren 3 Einrichtungen der Frührehabilitation im Krankenhaus mit je 45 bis 90 Betten.

4.2.1 Belegungseinschränkungen

Vertreterinnen und Vertreter von 53 Rehabilitationseinrichtungen beantworteten die Frage nach landesrechtlichen Anordnungen zur Bewältigung der Corona-Pandemie: 10 Einrichtungen wurden verpflichtet, Quarantänebereiche auszuweisen, 9 sollten als Auffangeinrichtungen Corona-infizierte Patientinnen und Patienten aufnehmen, 20 sollten freie Betten für den Notfall vorhalten, die damit nicht für eine stationäre Rehabilitation zur Verfügung standen. Etwa die Hälfte berichtete, dass sie keine dieser Verpflichtungen übernehmen mussten.

Tabelle 82 (E – V60) Wurden Sie durch landesrechtliche Anordnungen zu folgenden Maßnahmen verpflichtet?

N = 53 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Quarantänebereiche auszuweisen	10	18,9 %
Als Auffangeinrichtung Corona-infizierte Patienten aufzunehmen	9	17,0 %
Freie Betten für den Notfall vorzuhalten	20	37,7 %
Keine solche Verpflichtung	27	50,9 %

14 von 25 Einrichtungen berichteten, dass sie aufgrund solcher landesrechtlicher Anordnungen Rehabilitationen absagen oder verschieben mussten. 9 Einrichtungen waren zeitweise auch für Anschlussrehabilitation/AHB-Patientinnen und Patienten geschlossen (9 von 47, 19,1 %).

Es kam bei den meisten Rehabilitationseinrichtungen in der Zeit von Januar bis Oktober 2020 im Vergleich zu 2019 zu teils massiven Belegungseinbrüchen:

Tabelle 83 Belegungseinbrüche

	Belegung in %	Anzahl
Stationäre Rehabilitation (N = 51)	0 – 20 %	17 Einrichtungen
	24 – 40 %	17 Einrichtungen
	42 – 60 %	11 Einrichtungen
	70 und mehr %	6 Einrichtungen
Ambulante Rehabilitation (N = 54)	0 – 20 %	17 Einrichtungen
	25 – 40 %	4 Einrichtungen
	50 – 60 %	8 Einrichtungen
	64 – 80 %	4 Einrichtungen
	Über 80 %	21 Einrichtungen
Mobile Rehabilitation (N = 7)	0 – 15 %	4 Einrichtungen
	40 %	1 Einrichtung
	50 %	1 Einrichtung
	60 %	1 Einrichtung

Die Rehabilitationseinrichtungen wurden gefragt, ob aus ihrer Sicht unter den vorhandenen Regelungen (Abstand, Gruppengrößen etc.) überhaupt eine Vollbelegung möglich sei. Von

den 67 antwortenden verneinten dies 53 (79,1 %), nur 14 (20,9 %) konnten sich eine Vollbelegung vorstellen.

Auf die Frage, wie hoch sie nach ihren bisherigen Erfahrungen mit der Pandemie die Belegungseinschränkungen für das Jahr 2021 ungefähr einschätzten, machten 44 Vertretungen der stationären Rehabilitationseinrichtungen folgende Angaben: 6 nannten unter 10 %, 13 bis 20 %, weitere 15 bis zu 30 % und 4 bis zu 40 %. 5 Einrichtungsvertreter schätzten die zu erwartenden Belegungseinschränkungen auf mehr als 40 %. Eine Vertretung konnte die Belegungseinschränkung nicht einschätzen (siehe Tabelle 83 E – V65-1).

Tabelle 84 (E – V65-1) Wie hoch würden Sie nach Ihren bisherigen Erfahrungen mit der Pandemie die Belegungseinschränkung für das Jahr 2021 ungefähr einschätzen? - Stationäre Rehabilitation

N = 44	Häufigkeit	%
Unter 10 %	6	13,6 %
Bis zu 20 %	13	29,5 %
Bis zu 30 %	15	34,1 %
Bis zu 40 %	4	9,1 %
Mehr als 40 %	5	11,4 %
Kann ich nicht einschätzen	1	2,3 %
Gesamt	44	100,0 %

In der ambulanten Rehabilitation wurden die zu erwartenden Belegungseinschränkungen deutlich höher eingeschätzt. Von 35 Einrichtungsvertretern gaben 7 unter 10 % bzw. bis zu 20 % an, weitere 8 bis zu 30 % bzw. bis zu 40 %, aber 18 Einrichtungen, d. h. mehr als die Hälfte, mehr als 40 % an. Zwei Vertretungen konnten die Belegungseinschränkung nicht einschätzen.

Tabelle 85 (E – V65-2) Wie hoch würden Sie nach Ihren bisherigen Erfahrungen mit der Pandemie die Belegungseinschränkung für das Jahr 2021 ungefähr einschätzen? - Ambulante Rehabilitation

N = 35	Häufigkeit	%
Unter 10 %	1	2,9 %
Bis zu 20 %	6	17,1 %
Bis zu 30 %	6	17,1 %
Bis zu 40 %	2	5,7 %
Mehr als 40 %	18	51,4 %
Kann ich nicht einschätzen	2	5,7 %
Gesamt	35	100,0 %

Von den Einrichtungen, die mobile Rehabilitation anbieten, antworteten nur 2 Einrichtungen; hier wurden die zu erwartenden Belegungseinschränkungen einmal auf bis zu 40 % und einmal auf mehr als 40 % geschätzt.

4.2.2 Zur finanziellen Situation der Rehabilitationseinrichtungen

Angesichts der teils erheblichen Minderbelegung war die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen wesentlich von Ausgleichszahlungen abhängig. Die Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungen wurden gefragt, ob sie im Zeitraum bis Oktober 2020 wegen der Corona-Pandemie Ausgleichszahlungen erhalten hatten. Es antworteten 71 Einrichtungsvertreter; 17 (23,9 %) hatten keinerlei Ausgleich erhalten. 26 Einrichtungen (36,6 %) hatten Ausgleichszahlungen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) erhalten, 24 (33,8 %) Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V, 32 (45,1 %) hatten einen Corona-Zuschlag erhalten und 24 (33,8 %) Kurzarbeitergeld.

Tabelle 86 (E – V68) Haben Sie als Einrichtung im Zeitraum bis Oktober 2020 wegen der Corona-Pandemie Ausgleichszahlungen erhalten?

N = 71 Mehrfachnennungen	Anzahl	%
Nein	17	23,9 %
Ja, SodEG	26	36,6 %
Ja, nach § 111d SGB V	24	33,8 %
Ja, Corona-Zuschlag	32	45,1 %
Ja, Kurzarbeitergeld	24	33,8 %
Andere: ...	1	1,4 %

Danach befragt, inwieweit die Ausgleichszahlungen den Verlust abdeckten, antworteten 24 von 58 Einrichtungsvertreter (41,4 %) mit „kaum“ und 28 (48,3 %) mit „zum Teil“, d. h. dass die Ausgleichszahlungen bei rund 90 % der Einrichtungen nicht verlustdeckend waren. Nur 6 Vertreter (10,3 %) gaben an, dass die Ausgleichszahlungen den Verlust überwiegend oder vollständig abdeckten.

Entsprechend schätzten 47 von 60 Einrichtungsvertretern (78,3 %), die die entsprechende Frage beantworteten, den finanziellen Verlust im Jahr 2020 als „sehr hoch“ und „hoch“ ein; nur 10 Vertreter (16,7 %) bewerteten ihn als „gering“, nur drei Vertreter (5,0 %) hatten keine Verluste.

Den 47 Einrichtungsvertretern, die ihren Verlust im Jahr 2020 als „sehr hoch“ oder „hoch“ angegeben hatten, wurde die Frage gestellt, ob die finanziellen Verluste des Jahres 2020 existenzgefährdend seien. Von den 43 Einrichtungsvertretern, die antworteten, bejahten 17 (39,5 %) diese Frage; 26 (60,5 %) sahen die Verluste nicht als existenzgefährdend an.

4.2.3 Zukünftiger Mehrbedarf an Rehabilitationsleistungen

Angesichts der verminderten Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Pandemie und ihrer Bekämpfung stellt sich die Frage, ob für das Jahr 2021 ein Mehrbedarf an Reha- oder Behandlungsleistungen durch nachzuholende Leistungen entstanden ist. Diese Einschätzung teilten 60 von 80 antwortenden Einrichtungsvertretern (75,0 %; gefragt waren neben Vertretungen von Rehabilitationseinrichtungen auch Vertretungen von SPZ und MZEB). Ferner bestätigten sie in großer Mehrheit, dass sich die Wartezeit für Rehabilitationsleistungen oder für Behandlungstermine in ihren Einrichtungen erhöht hatte (52 von 81, 64,2 %). Es ist damit zu erwarten, dass auch in Zukunft die Wartezeiten für eine Rehabilitation verlängert sein werden.

Diejenigen Einrichtungsvertreter, die erhöhte Wartezeiten bestätigten, wurden gefragt, ob bei (Nichtcorona-)Patientinnen und Patienten, die nach Abbruch oder Verschiebung einer Rehabilitation aufgenommen worden waren, Verschlechterungen des Gesundheitszustandes festzustellen waren, die sich auf den Abbruch oder die Verzögerung zurückführen ließen. Die Mehrheit bestätigte dies (31 von 52, 59,6 %). Diese 31 Einrichtungsvertreter sollten die Personengruppen benennen, die darunter besonders gelitten hatten; genannt wurden vor allem Menschen mit chronischen Erkrankungen (21, 67,7 %), Menschen mit psychischen Erkrankungen (14, 45,2 %), Menschen mit Pflegebedürftigkeit (9, 29,0 %) und erwachsene Menschen mit Behinderungen (7, 22,6 %). Weitere siehe folgende Tabelle E – V91.

Tabelle 87 (E – V91) Gibt es Personengruppen, die (nach Abbruch oder Verschiebung einer Rehabilitation) an dadurch bedingten Gesundheitsverschlechterungen besonders gelitten haben?

N = 31 Mehrfachnennungen	Anzahl	%
Nein	2	6,5 %
Erwachsene Menschen mit Behinderungen	7	22,6 %
Kinder mit Behinderungen oder Entwicklungsstörungen	1	3,2 %
Menschen mit Pflegebedürftigkeit	9	29,0 %
Menschen mit chronischen Erkrankungen.	21	67,7 %
Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen	3	9,7 %
Menschen mit Amputation	5	16,1 %
Menschen mit psychischen Erkrankungen	14	45,2 %
Andere spezielle Personengruppen: ...	4	12,9 %

4.2.4 Resümee der Leistungserbringer zu den Auswirkungen der Pandemie und ihrer Bekämpfung

Abschließend und zusammenfassend wurden die Leistungserbringer gefragt, welche hauptsächlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie sie im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation und die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen sehen.

1. Auswirkungen für die betroffenen Menschen

An erster Stelle wurden von den Leistungserbringern die Beeinträchtigungen der seelischen Gesundheit genannt (108 von 148 Antwortenden, 73,0 %). 91 (61,5 %) nannten bleibende bzw. sich verschlechternde funktionelle Beeinträchtigungen; 71 (48,0 %) gaben an, dass die Verschlechterung der Erkrankungen durch Behandlungsausfälle nicht aufzuholen sei; 63 (42,6 %) sahen die Teilhabe am Arbeitsleben gefährdet und 62 (41,9 %), geringere Chancen für ein selbstbestimmtes (Alltags-)Leben. Je 57 (38,5 %) sahen für diese Menschen geringere Chancen für eine sachgerechte Behandlung bzw. für Rehabilitationsleistungen.

Tabelle 88 (E – V95) Welche hauptsächlichsten Auswirkungen der Corona-Pandemie sehen Sie im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation und die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen?

N = 148 Mehrfachnennungen	Anzahl	%
Geringere Chance für Reha-Leistungen	57	38,5 %
Geringere Chance für eine sachgerechte Behandlung	57	38,5 %
Funktionelle Beeinträchtigungen bleiben bestehen oder verschlechtern sich...	91	61,5 %
Die seelische Gesundheit leidet ...	108	73,0 %
Die Teilhabe am Arbeitsleben wird gefährdet	63	42,6 %
Geringere Chancen für ein selbstbestimmtes (Alltags)Leben	62	41,9 %
Verschlechterung der Erkrankungen durch Behandlungsausfälle sind nicht aufzuholen	71	48,0 %
Andere: ...	5	3,4 %
Keine Antwort trifft zu	16	10,8 %

2. Auswirkungen für die medizinische Rehabilitation und Gesundheitsversorgung

Am häufigsten wurde mit 75,6 % (65 von 86 antwortenden Leistungserbringern) ein steigender Behandlungsbedarf im Bereich psychischer Erkrankungen gesehen. An zweiter Stelle wurde von den Leistungserbringern ein steigender Behandlungsbedarf im Bereich pulmologischer und neurologisch/psychischer Erkrankungen bei Menschen als direkte Covid-Folgen angegeben; dies nannten 43 (48,8 %). In Bezug auf Rehabilitationsleistungen sahen 58 (67,4 %), dass die finanziellen Spielräume für Reha-Leistungen durch Corona-bedingte Einnahmeausfälle und hohe Ausgaben (Schulden) geringer werden. Es bestehe die Gefahr, dass Rehabilitation marginalisiert wird, da die Akutmedizin in den Vordergrund rückt (46 Antworten, 53,5 %). Ausgefallene Reha-Leistungen und ausgefallene Behandlungs- bzw. Förderleistungen könnten nicht nachgeholt werden (49 Antworten, 57,0 % bzw. 32 Antworten, 37,2 %). Es wird eingeschätzt, dass Innovationen schwieriger werden (35 Antworten, 40,7 %).

Tabelle 89 (E – V96) Auswirkungen für die medizinische Rehabilitation und Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit oder chronischen Erkrankungen insgesamt

N = 86 Mehrfachnennungen	Anzahl	%
Die Rehabilitation wird marginalisiert, da die Akutmedizin in den Vordergrund rückt	46	53,5 %
Die ausgefallenen Reha-Leistungen können nicht nachgeholt werden	49	57,0 %
Die ausgefallenen Behandlungen/Förderleistungen können nicht nachgeholt werden	32	37,2 %
steigt z. B. im Bereich pulmologischer und neurologisch/psychischer Erkrankungen bei Menschen mit direkten COVID-Folgen	42	48,8 %
Der Behandlungsbedarf steigt z. B. im Bereich psychischer Erkrankungen	65	75,6 %

Die finanziellen Spielräume für Reha-Leistungen werden durch Corona-bedingte Einnahmeausfälle und hohe Ausgaben (Schulden) geringer	58	67,4 %
Innovationen werden schwieriger	35	40,7 %
Andere: ...	3	3,5 %
Keine Antwort trifft zu	7	8,1 %

3. Auswirkungen für die Einrichtungen und Dienste der Rehabilitation und Gesundheitsversorgung

Die Leistungserbringer nannten am häufigsten als (negative) Auswirkungen für die Einrichtungen und Dienste der Rehabilitation und Gesundheitsversorgung, dass die Folgen der Personalbelastung nicht absehbar seien (102 von 148, 68,9 %). Sie befürchten die Schließung oder Verkleinerung von Einrichtungen und Diensten als Folge Corona-bedingter finanzieller Defizite (77 Antworten, 52,0 %). Dadurch komme es zu verminderten Kapazitäten (71 Antworten, 48,0 %) und zu drohen Qualitätseinbußen (74 Antworten, 50,0 %). Sie sehen die Notwendigkeit für digitale Ersatz- oder Zusatzangebote (76 Antworten, 41,4 %), befürchten aber zugleich, dass sich neue Projekte bzw. neuartige Angebote durch die Corona-Pandemie verzögern (91 Antworten, 61,5 %).

Tabelle 90 (E – V97) Auswirkungen für die Einrichtungen und Dienste der Rehabilitation und Gesundheitsversorgung

N = 148 Mehrfachnennungen	Anzahl	%
Schließung oder Verkleinerung von Einrichtungen und Diensten als Folge corona-bedingter finanzieller Defizite	77	52,0 %
Dadurch verminderte Kapazitäten	71	48,0 %
Drohende Qualitätseinbußen	74	50,0 %
Notwendigkeit digitaler Ersatz- oder Zusatzangebote	76	51,4 %
Folgen der Personalbelastung sind nicht absehbar	102	68,9 %
Vermehrte Inanspruchnahme von Behandlungsangebote wegen ausgefallener Reha-Leistungen	47	31,8 %
Neue Projekte bzw. neuartige Angebote werden verzögert	91	61,5 %
Andere: ...	6	4,1 %
Keine Antwort trifft zu	8	5,4 %

Was Menschen betrifft, die eine COVID-19-Erkrankung durchgemacht haben, so sehen die Leistungserbringer in ihrer überwiegenden Mehrheit (41 von 51, 80,4 %) die Notwendigkeit spezieller Reha-Konzepte, die sowohl die somatischen als auch die psychischen Aspekte berücksichtigen.

Was eine stärkere Digitalisierung der Rehabilitationsangebote in der Zukunft angeht, so sind hier die Meinungen geteilt; nur die Hälfte der Leistungserbringer (32 von 64) sehen hierin wesentliche Vorteile, die andere Hälfte nicht.

4.2.5 Behördliche Regelungen

Viele Einrichtungen und Dienste der medizinischen Rehabilitation arbeiteten aufgrund der regionalen Verhältnisse und differenzierter Angeboten mit verschiedenen unteren Gesundheitsbehörden zusammen; hierbei kam es immer wieder zu unterschiedlichen Empfehlungen aus gleichem Anlass. Die Leistungserbringer wurden gefragt, inwieweit dies für sie ein Problem darstellte. 55 von den 98 Antwortenden (56,1 %) hielten das für problematisch.

Knapp zwei Drittel sehen einen Bedarf für bundeseinheitliche Regelungen im Rahmen eines Pandemieplans, die unter Einbezug der Rehabilitationseinrichtungen und der Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen (bzw. ihrer Vertretungen) erstellt werden sollten (82 Antworten von 127, 64,6 %). 10 Leistungserbringer (7,9 %) sehen diesbezüglich keinen Bedarf, 35 (47,6 %) vertreten die Meinung, dass eher Länderregelungen sinnvoll und notwendig sind.

4.2.6 Zusammenfassung: Probleme und Lösungen aus Sicht der Leistungserbringer

Abschließend wurden allen Vertreterinnen und Vertreter der Dienste und Einrichtungen offene Fragen: zu den aktuellen und langfristigen Hauptproblemen vorgelegt, wie diese Probleme angegangen werden können, wer handeln soll und welche Maßnahmen sich bei der Bewältigung der Corona-Pandemie besonders bewährt haben.

1. Zunächst wurde gefragt (E – V50): *Was sind aus Ihrer Sicht die Hauptprobleme für Ihre Einrichtung angesichts der Corona-Pandemie in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit oder chronischen Erkrankungen?*
1. Aktuell: ... 2. Langfristig: ...

Zusammenfassung: die Probleme aktuell und langfristig aus der Sicht der Leistungserbringer:

Aktuelle Probleme	Langfristige Probleme
<ul style="list-style-type: none"> - Personalmangel – sehr hohe Belastung des Personals - Doppelbelastung vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> - Auch perspektivisch großer Personalmangel, vor allem von Fachkräften; - Einbruch bei der Ausbildung und Weiterqualifikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (MA) - Arbeitsplatzsicherheit ist in Frage gestellt, dadurch unattraktiver - Die hohe Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Mehrleistungen, vor allem die psychische Belastung wird nicht/ kaum tragbar sein
<ul style="list-style-type: none"> - Hoher Aufwand für die Schutz- und Hygienemaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoher Aufwand bleibt bestehen, keine Gegenfinanzierung (Personal- und Sachkosten)
<ul style="list-style-type: none"> - Hohe Kosten (Personal- und Sachkosten) für die Schutz- und Hygienemaßnahmen, die nicht bzw. nur unzureichend gegenfinanziert werden 	<ul style="list-style-type: none"> - dto.
<ul style="list-style-type: none"> - Zu geringe Raumkapazität, dadurch Leistungsreduktion 	<ul style="list-style-type: none"> - Viele Angebote können nicht oder nur eingeschränkt angeboten werden; Leistungen

	stehen Nutzerinnen und Nutzern nicht zur Verfügung
- Belegungsrückgang, weil Nutzerinnen und Nutzer sich vor Ansteckung fürchten, weniger Zuweisungen, kurzfristige Absagen von Patientinnen und Patienten	- Weiterhin Auslastungsprobleme, dadurch keine Neueinstellungen möglich, trotz Überlastung des Personals; wirtschaftliche Einbußen. Zugang für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen zur Reha muss verbessert werden
- Einhaltung von Hygienemaßnahmen durch alle Nutzerinnen und Nutzer	- dto.
- Häufige und große Einschränkungen in den Therapieangeboten; Schwierigkeiten, notwendige therapeutische Angebote aufrechtzuhalten	- Konzeptionelle Anpassungen sind nötig, aber auch aufwendig
- Erhebliche Einschränkungen bei allen Gruppenangeboten	- dto.
- Angesichts der vielen Einschränkungen besondere Schwierigkeiten, den besonderen rehabilitativen Bedarfen von Menschen mit psychischen Erkrankungen gerecht zu werden	- Auch langfristig ein großes Problem. Es werden mehr psychische und psychosomatische Erkrankungen auftreten und dementsprechend mehr Leistung benötigt
- Probleme, Angehörige, Begleitpersonen u. a. nicht für das Gelingen einer Rehabilitation einbeziehen zu können	
- Deutliche Einschränkungen der Nachsorge nach Rehabilitation	- Wiedereingliederungsbemühungen werden weniger erfolgreich; schwieriger, eine gute Perspektive nach Rehabilitation zu organisieren
- Keine oder unzureichende Möglichkeiten, angemessene Praktika oder praktische Berufsförderung und dgl. anbieten zu können - Auch keine ausreichende Erprobung im Alltag und der Freizeit	- dto.
- Zielkonflikt zwischen wirtschaftlichem Interesse und medizinischer Verantwortung	- Verschlechterung der Versorgungssituation, vor allem für Menschen mit stärkeren Beeinträchtigungen
- Wirtschaftliche Probleme, zu niedrige Bemessung des Rettungsschirms	- Keine angemessene Leistungsvergütung, eine bessere Gegenfinanzierung der höheren Aufwände

Abschließend ein beispielhafter Freitext: *„Nur mit außerordentlichem Engagement der Mitarbeitenden ist ein angemessenes Rehabilitationsangebot aufrecht zu erhalten. Die beruflichen kooperativen Elemente, vor allem Praktika auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, sind nicht oder nur noch eingeschränkt möglich. Ein wichtiger rehabilitativer Baustein fehlt dadurch. Mitarbeiter sind durch die Corona-Bedingungen gestresst, durch die veränderten Raumnutzungsbedingungen gibt es ständig Raumnot. Auch die Aufenthalts- und Freizeitmöglichkeiten der Rehabilitanden sind beschränkt. Kooperierende Dienste, Leistungsträger und Ämter waren/ sind zum Teil nicht erreichbar, lehnen Beratungsgespräche ab.“*

2. Wie können diese Probleme angegangen werden? (E – V51)

Aktuell und langfristig zusammengefasst:

- Impfen aller Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Rehabilitandinnen, Rehabilitanden, – bis hin zur Forderung, Aufnahme nur von Geimpften.
- Routinemäßiges Testen mit Antigen-Tests; genügend Tests und Personal, das die Testungen durchführt, gesicherte Finanzierung der Testungen.
- Bessere Arbeitsbedingungen und bessere Bezahlung des Personals. Möglichst auch Neueinstellung von Fachpersonal zur Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (auch wenn Arbeitsmarkt leer ist). Attraktivitätssteigerung der Berufe, Erhöhung der personellen Besetzungen und damit der Behandlungszeiten.
- Einheitliche Festlegungen/ Regelungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene für Schutz- und Hygienemaßnahmen. Absprachen und Festlegungen zwischen den Behörden und Leistungsträgern sind notwendig (damit nicht alle Probleme einzeln zwischen Leistungserbringern und Behörden verhandelt werden müssen). Langfristig angelegte und institutionsspezifische Schutzkonzepte, klare Vorgehensweisen, die zwischen den Leistungsträgern (DRV, BA und ggf. GKV in der RPK) abgestimmt sind.
- Verschiedentlich werden Lockerung der Schutz- und Hygienemaßnahmen gefordert, um flexibler auf besondere Lebenslagen/Behandlungssituationen eingehen zu können (z. B. keine Masken bei Sinnesbehinderungen, Kindern).
- Ausbau der digitalen Angebote: Breitbandausbau; notwendige Hardware und Software, Schulung digitaler Kommunikationsformen. Insbesondere digitale Angebote auch für Gruppen, z. B. Online-Angebote für Funktionstraining; Hybridkurse; Ausbau der telemedizinischen Angebote, mehr Video- oder Telefon-Sprechstunden, Nutzung digitaler Angebote mit Unterstützung der Angehörigen, Betreuungskräfte usw. Trotz Mehrbelastung aller Mitarbeitenden jetzt tragfähige Konzepte für Digitalisierung und alternative Behandlungskonzepte erarbeiten.
- Ausweitung der räumlichen Kapazitäten, apparative und bauliche Maßnahmen zur Verbesserung der Raumlufthygiene; Gruppenangebote müssen wieder in einer Großgruppe stattfinden können, Neue Konzeption, neue Räumlichkeiten. Auf politischer Ebene Planung und Bauen von neuen Sporthallen und dgl.
- Langfristig angelegte und institutionsspezifische Schutzkonzepte, klare Vorgehensweisen, die zwischen den Leistungsträgern (DRV, BA und ggf. GKV in der RPK) abgestimmt sind.
- Erhöhung/Anpassung der Vergütungssätze; Vergütungssätze, die Mehraufwand/ Umsatzausfälle berücksichtigen. Angemessene Bezahlung der Leistungen und des zusätzlichen Hygieneaufwandes, hierzu bundeseinheitliche Regelungen.
- Konsens über Zielsetzung und Qualität in der Rehabilitation herbeiführen und Finanzierung daran ausrichten. Bessere Ausstattung der Regelbetriebe, um Inklusion gut gewährleisten zu können; Flexibilisierung der Reha-Angebote, weniger Maßnahmenschubladen, mehr Maßnahmenmodule. Sektorenübergreifende, praxisorientierte, bedarfsorientierte Konzepte im Sinne des BTHG auch von Trägerseite noch flexibler unterstützen und möglich machen.

- Politischen Einfluss auf die Kostenträger zum Erhalt der Strukturen; politische/gesetzgeberische Unterstützung der Leistungserbringer; Rückführung der (Durch-)Ökonomisierung des Gesundheitswesens.

3. Was hat sich bei der Bewältigung der Corona-Pandemie besonders bewährt?

Hier werden neben vielen Einzelmaßnahmen wie bspw. routinemäßige Testung bei Aufnahme, gezielte und regelhafte Einweisung der Nutzerinnen und Nutzer in die konkreten Schutz- und Hygienemaßnahmen vor Ort, konzeptionelle Überlegungen skizziert; hierzu Beispiele:

- *"Corona-Team", enger Kontakt zum Gesundheitsamt, Einbeziehen der Mitarbeiter und Aufgreifen ihrer kreativen Ideen, flexible Lösungen ermöglichen in Bezug auf Arbeitszeit/ Homeoffice.*
- *Gute Vernetzung der Mitarbeiter, Austausch und Transparenz zwischen Leitung und Mitarbeitern, Austausch und Entwicklung von Alternativ-Ideen, Motivation und Anerkennung von Seiten der Leitung/des Arbeitgebers für die in der Krise geleistete Arbeit.*
- *Intensive Schulungen, Aufklärung der Mitarbeiter, Rehabilitanden. Je nachvollziehbarer die Ursachen und Maßnahmen, desto höhere Compliance.*
- *Klare Kommunikationen der Hygieneregeln zwischen Trainer/Übungsleiter und den Teilnehmenden. Die nötige Durchsetzung dafür durch die Trainer/ÜL. ... Vormarkierte Abstandsfelder in den Hallen/Keine gemeinsame Nutzungen von Trainingsgeräten/ Eigene Alternativ-Geräte mitbringen (Wasserflaschen/Handtuch für Dehnübungen/Gymnastikmatte etc.) Maske tragen beim Betreten und Verlassen der Sportstätte, Handdesinfektionen ebenfalls beim Kommen und Gehen, 1 Woche Trainingsverzicht nach Reisen oder Besuchen von größeren Familienfeiern (Hochzeiten, Geburtstage, Taufen) Keine Personenansammlungen beim Eintreffen an der Sportstätte und beim Verlassen, Verzicht auf Fahrgemeinschaften in PKW's.*
- *IT-Lösungen sind schon hilfreich – Videosprechstunde – Gruppenchats für Dienstbesprechungen – klare Regeln für die Behandlungstermine vor Ort – wer darf wann kommen – gute Planung der Termine ohne "Stau" im Wartebereich – Familien haben sich gut auf diese neuen Regeln eingelassen.*

4.3 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation aus der Sicht der Leistungsträger

Von Seiten der Leistungsträger werden in diesem Kapitel die Antworten der Vertretungen der Krankenkassen, der Rentenversicherungen und Unfallversicherungen berücksichtigt, die vor allem für die Gesundheitsversorgung bzw. medizinische Rehabilitation zuständig sind.

Schließung von Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Frage, ob Einrichtungen und Dienste für medizinische Rehabilitation wegen der Corona-Pandemie vollständig schließen oder ihre Angebote reduzieren (weniger Leistungen/Plätze) mussten, bejahten 33 von 38 antwortenden Leistungsträgern (86,8 %).

33 Leistungsträgern beantworteten die Frage nach den Gründen der Schließungen bzw. der Angebotsreduzierungen. 24 Vertretungen der Leistungsträger (72,7 %) nannten behördliche

Anordnungen, jeweils 15 (45,5 %) Corona-Infektionen beim Personal bzw. bei Patientinnen und Patientinnen. Hinzu kam die Corona-Infektionslage in der Region mit 14 Nennungen (42,4 %). Weitere Gründe waren ungeeignete Räumlichkeiten in den Rehabilitationseinrichtungen mit 12 Nennungen (36,4 %) oder nicht ausreichendes Personal mit 5 Nennungen (15,2 %).

Tabelle 91 (T – V51) Aus welchen Gründen mussten Einrichtungen/Dienste, die in Ihrem Auftrag Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, wegen der Corona-Pandemie vollständig schließen oder ihre Angebote reduzieren?

N = 33 Mehrfachnennungen	Anzahl	%
Behördliche Anordnung	24	72,7 %
Corona-Infektion beim Personal	15	45,5 %
Corona-Infektion bei Patientinnen und Patienten	15	45,5 %
Corona-Infektionslage in der Region (Stadt, Landkreis usw.)	14	42,4 %
Ungeeignete Räumlichkeiten	12	36,4 %
Nicht ausreichendes Personal	5	15,2 %
Keine Zuweisung von Patientinnen und Patienten	1	3,0 %
Andere Gründe: ...	3	9,1 %

Eine mangelnde Patientenzuweisung wurde nur von einer Vertretung der Leistungsträger genannt. Auch das Problem, dass Leistungsberechtigte die Rehabilitation wegen Corona in nennenswerter Zahl nicht angetreten oder abgebrochen haben, wird im Vergleich zu den Leistungserbringern nicht so häufig gesehen; die entsprechende Frage beantworteten 53 von 125 Leistungsträgern (42,4 %) mit ja (Antworten der Reha-Träger im Sinne des SGB IX sowie der Integrationsämter und Jobcenter).

Von 18 Leistungsträgern (nur Kranken- und Rentenversicherungen) gaben 6 an, dass sie zeitweise Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur erbringen ließen, wenn es sich um Anschlussrehabilitationen handelte. 5 von 14 Leistungsträgern, die dazu Angaben machten, ziehen bei einer Erhöhung der Corona-Infektionszahlen die ausschließliche Erbringung von Anschlussrehabilitation in Betracht.

Anpassungen der Versorgungsstruktur der medizinischen Rehabilitation

Die Schließungen oder Angebotsreduzierungen haben erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur im Bereich der medizinischen Rehabilitation; diese sehen knapp drei Viertel der Antwortenden Leistungsträger (KV, RV und UV) so (30 von 41, 73,2 %).

Nach Kenntnis aller Leistungsträger haben Einrichtungen/Dienste im Rahmen der Corona-Pandemie selbst Anpassungen vorgenommen. Von 51 antwortenden Leistungsträgern nannten 42 (82,4 %) veränderte Angebote der Einrichtungen bzw. Dienste, 34 (66,7 %) digitale Therapieangebote, 30 (58,8 %) vermehrt Einzeltherapien und 23 (45,1 %) Schichtmodelle. 17 (33,3 %) hatten Kenntnis von Erweiterungen der Räumlichkeiten.

Tabelle 92 (T – V55) Welche Veränderungen haben die Einrichtungen/Dienste selbst als Anpassung an die Corona-Pandemie vorgenommen?

N = 51 Mehrfachnennungen möglich	Anzahl	%
Veränderte Angebote der Einrichtungen/Dienste	42	82,4 %
Erweiterungen der Räumlichkeiten	17	33,3 %
Digitale Therapieangebote	34	66,7 %
Vermeehrt Einzeltherapien	30	58,8 %
Schichtmodelle	23	45,1 %
Keine Veränderungen	0	0,0 %

Mehrbedarf an medizinischer Rehabilitation – „Rehabilitandenstau“

73 von 136 antwortenden Leistungsträgern (53,7 %; Reha-Träger im Sinne des SGB IX sowie Integrationsämter und Jobcenter) sehen einen „Rehabilitandenstau“. Von 68 Leistungsträgern, die einen „Rehabilitandenstau“ sehen, erwarten fast alle für das Jahr 2021 einen Mehrbedarf durch nachzuholende Leistungen (64 von 68, 94,1 %). Nur 8 Leistungsträger sehen sich in der Lage, den zu erwartenden Mehrbedarf zu quantifizieren. 6 schätzen ihn auf 20 – 40 % zusätzliche Leistungen, ein Leistungsträger auf ein Plus von 80 %, ein weiterer auf ein Plus von 100 %.

Verschiebung oder Hinauszögerung von Rehabilitationsleistungen führt aus Sicht der Leistungsträger zu Verschlechterungen bei den Betroffenen. Wenn die Rehabilitation Corona-bedingt erst später stattfinden konnte, konstatierten fast alle Leistungsträger solche Verschlechterungen (58 von 61, 95,1 %). Gerade unter diesem Gesichtspunkt sollten die Leistungsträger die Frage beantworten, was sie als Rehabilitationsträger unternehmen, um den „Rehabilitandenstau“ möglichst zu verhindern oder abzubauen.

Hierzu ergab die Befragung 43 Freitextantworten. *Betont wurden ein enger Kontakt zu und Austausch mit den Leistungserbringern und deren Beratung, mit dem Ziel, unnötigen Leerstand zu vermeiden. Ggfs. sollte auch auf andere Leistungserbringer, selbst wenn diese weiter entfernt liegen, ausgewichen werden. Helfen sollen dabei auch zeitnahe Leistungsbewilligung und deren schnelle Umsetzung.*

Genannt werden ferner weitere konzeptionelle Anpassungen mit veränderten Angeboten, kreative Notlösungen und dgl., um flexibel und so gut es geht, das Leistungsangebot aufrechtzuerhalten. Dabei wird z. B. auch die Genehmigung von digitalen Leistungen genannt.

Unterstützend werden auch die vermehrte Übernahme von Fahrt-, teilweise auch Taxikosten genannt.

Zugleich wird die Begrenztheit der Handlungsmöglichkeiten thematisiert, z. B. bei behördlichen Schließungen („Wenn die Reha-Kliniken geschlossen werden, können wir als Träger nichts tun.“) oder bei der Angst der Patientinnen und Patienten vor einer Infektion („Trotz Beratung und Aufklärung waren Versicherte nicht beeinflussbar, die Rehabilitation durchzuführen.“).

4.4 Handlungsoptionen

Im Rahmen der Corona-Pandemie sind die Rehabilitationsleistungen stark zurückgegangen. Belegungsrückgänge waren vor allem in der ambulanten Rehabilitation, gefolgt von der stationären Rehabilitation zu verzeichnen. Die wesentlichen Ursachen für die Reduktion der stationären und ambulanten Rehabilitationen waren behördliche Schließungen, Reduzierung der Behandlungsplätze aufgrund räumlicher Einschränkungen und eines erhöhten Personalbedarfs, Corona-Infektionen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Personal und nicht zuletzt die Nichtinanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen durch Patientinnen und Patienten aufgrund von Angst vor Ansteckungen.

Handlungsoptionen:

- Stationäre, ambulante und mobile Rehabilitationsangebote sollten so weit wie möglich aufrechterhalten bleiben; auch unter Corona-Bedingungen keine Zugangshindernisse und -beschränkungen für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen [106], [174].
- Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation brauchen Schutz- und Hygienekonzepte, die auch Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen – insbesondere auch Menschen mit psychischen Erkrankungen, mit sog. geistiger Behinderung und Mehrfachbehinderungen – einen ungehinderten Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ermöglichen [174].
- Die notwendigen Anpassungen der Reha-Konzepte sollten den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einem umfassenden Schutz- und Hygienekonzept hohe Sicherheit vor Infektionen bieten und dabei das Schutzbedürfnis der Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronische Erkrankungen in besonderem Maße berücksichtigen [34], [150], [1F].
- Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen auch Konzepte für die Rehabilitation Corona-positiv getesteter Patientinnen und Patienten entwickeln, die in der Lage sind, an der Rehabilitation teilzunehmen [75], [174].
- Regelmäßige und gezielte Testungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Personal sind integraler Bestandteil der Schutzmaßnahmen [64].
- Bei der Anpassung der Räumlichkeiten, der Abläufe und der Behandlungskonzepte sind die Bedürfnisse und Belange der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu berücksichtigen, um ihnen auch unter Corona-Bedingungen eine möglichst gute Rehabilitation zu ermöglichen.
- Entwicklung und vermehrter Einsatz von digitalen Angeboten wie Videovorträgen, Videosprechstunden und -beratungen, therapeutischen Anleitungen und Nachsorgeprogrammen [28], [150], [1F].
- Bei möglicherweise vorliegendem hohem Risiko für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollten individuelle Risikobeurteilungen vorgenommen und ggfs. individuelle Schutzmaßnahmen ergriffen werden.
- Auch unter den Corona-Schutz- und Hygienemaßnahmen sollte Isolierung vermieden werden; notwendige Kontakt- und Besuchseinschränkungen in stationären Einrichtungen

sollten einen angemessenen Austausch unter den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und den geregelten Besuch von Angehörigen ermöglichen.

- Frühzeitige Gefährdungsbeurteilung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und ggfs. Vereinbarung von Schutzvorkehrungen.
- In die Gefährdungsbeurteilung und Vereinbarung von Schutzvorkehrungen sollten ggfs. auch Schwerbehinderten- und Personalvertretungen einbezogen werden.
- Anordnungen, Regelungen und Hinweise der Gesundheitsbehörde und anderer staatlicher Stellen zum Umgang mit der Corona-Pandemie sollten angemessen, einheitlich und in sich nicht widersprüchlich sein; dies auch über die Bundes-, Länder- und regionalen Ebenen hinweg.
- Die Mindererlöse durch Minderbelegung, Reduzierung der Platzzahl und der Leistungen müssen finanziell ausgeglichen werden [64], [106], [150], [151], [188].
- Finanzierung der Mehrkosten bei Schutz- und Hygienematerialien und der zusätzlichen Personalkosten durch höheren Personaleinsatz bei den Therapien, der Gewährleistung der Schutz- und Hygienemaßnahmen und der Besuchersteuerung.
- Die finanzielle Unterstützung muss zeitnah erfolgen (Vermeidung von Liquiditätsproblemen).
- Bereitstellung notwendiger finanzieller und nichtfinanzieller Ressourcen für Anpassungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung des Reha-Angebotes wie räumliche Umgestaltungen, Lüftungsvorrichtungen und dgl.
- Anpassungen der Reha-Leistungen entsprechend den Möglichkeiten vor Ort, ohne dass dadurch finanzielle Einbußen verbunden sind; dies sollte auch bei begründeter Nichteinhaltung von standardisierten Programmen gelten.
- Beförderungsdienste z. B. zu ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder Tageskliniken müssen unter Einhaltung der Hygieneregulungen gewährleistet sein; dies schließt bei Bedarf auch die Finanzierung von Einzelfahrten ein.

5 Zusammenstellungen der Handlungsoptionen zur Gesundheitsversorgung einschließlich medizinischer Rehabilitation

Die „Handlungsoptionen“ beschreiben Handlungsmöglichkeiten für betroffene Menschen, Angehörige, Leistungserbringer, Leistungsträger, die Exekutive und die Legislative zur Bewältigung der Pandemie. Sie ergeben sich teilweise unmittelbar aus der Befragung, sie sind aber zugleich auch das Ergebnis der Diskussionen in der Experten- und der Redaktionsgruppe. Dabei beansprucht ihre Zusammenstellung keine Originalität oder etwa, ganz Neues zu beschreiben. Vielfach sind die Handlungsmöglichkeiten bereits anderweitig formuliert und von Leistungserbringern, Leistungsträgern und anderen Akteuren im Gesundheitswesen zumindest ansatzweise umgesetzt. Der Konsultationsprozess zeigt jedoch, dass dies nicht regelhaft geschieht bzw. ihre Umsetzung nicht bei den betroffenen Menschen ankommt. Nicht zuletzt muss berücksichtigt werden, dass Handlungsoptionen angesichts der Dynamik der Pandemie und ihrer Bekämpfung teils als vorläufig zu charakterisieren sind. Die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die Materialien im Kapitel 7.

Übergeordnete Handlungsoptionen im Bereich Gesundheitsversorgung

- Klare und verbindliche Bundes- und Landesregelungen im Hinblick auf Schutzmaßnahmen und Hygienekonzepte zur Bewältigung der Pandemie, die alle Chancen nutzen, die Leistungen der Gesundheitsversorgung auch für Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit in der Pandemie sicherzustellen [39], [43], [157].
- Vorhaltung von pandemietauglichen Hygieneregeln und -konzepten für alle Dienste, Einrichtungen und Leistungserbringer [39].
- Ermöglichung von flexiblen Lösungen vor Ort – unter Einhaltung der wesentlichen Schutz- und Hygienemaßnahmen ggfs. auf der Basis von individuellen Gefährdungsanalysen, um Leistungsangebote der Gesundheitsversorgung so weit wie möglich aufrechtzuerhalten; Komplettschließungen von Einrichtungen sollten vermieden werden.
- Verstärkte Nutzung von digitalen Lösungen als Ersatzangebote (Videosprechstunden, Videobetreuung bei medizinischen und therapeutischen Angeboten etc.) [04].

Ärztliche Versorgung

Medizinisch-ärztliche Leistungen waren und sind im Rahmen der Corona-Pandemie für viele Menschen, in besonderem Maße aber für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen nur eingeschränkt erreichbar. Dies gilt besonders für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Ausschlaggebend ist die Verunsicherung der Patienten und Patientinnen über eine mögliche Infektionsgefahr in den Praxen oder auch auf dem Weg dorthin, wenn Transportmittel des öffentlichen Nahverkehrs benutzt werden müssen. Viele Menschen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion beurteilen die in den Arztpraxen ergriffenen Schutzmaßnahmen als nicht ausreichend und nehmen deshalb selbst notwendige Arzttermine, Untersuchungen und Präventivtermine nicht wahr. Ganz besonders trifft dies auf Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Angststörung, Depression oder mit kognitiven Beeinträchtigungen zu.

Handlungsoptionen:

- Voraussetzung ist die auf die Gegebenheiten angepasste, vollständige Umsetzung der Schutz- und Hygieneregeln des RKI, der Kassenärztlichen Vereinigungen und weiterer Vorschriften der Länder (Corona-Schutzverordnungen) und Kommunen (Allgemeinverfügungen) in jeder Praxis oder Einrichtung.
- Seitens der Vertragsärzte sollten bessere Informationen für die Patientinnen und Patienten über die Corona-Schutzmaßnahmen und die sich daraus ergebenden Abläufe in den Praxen gegeben werden (z. B. Trennung von Corona-Patienten, Verdachtsfällen und anderweitig Erkrankten); individuelle Einweisung der Patientinnen und Patienten in die Abläufe.
- Patientensteuerung mit telefonischer und digitaler Terminvereinbarung, um Patientenansammlungen sicher zu vermeiden, damit auch Menschen mit einem erhöhten Risiko sich ausreichend sicher fühlen können.
- Angebot von Beratung und Hilfestellung für Patientinnen und Patienten, die wegen der Infektionsgefahr Arztpraxen nicht aufsuchen, obwohl sie ärztliche Behandlung benötigen; aktive, zugehende Kontaktaufnahme seitens der Praxen.

- Terminangebote und Einbestellung solcher Patientinnen und Patienten vor oder nach den normalen Sprechstundenzeiten.
- Angebote und Nutzung von Telefon- oder Videosprechstunden, wo immer sinnvoll [04].
- Vermehrtes Angebot von Hausbesuchen, Sicherung einer kontinuierlichen Versorgung von Bewohnern in stationären Einrichtungen.
- Information und Beratung der Patientinnen und Patienten über individuelle Risiken und die sich daraus ergebende Schutzbedürftigkeit und sinnvolle Schutzmaßnahmen. Verunsicherung z. B. durch pauschale Zuweisungen (Behinderung = hohes Risiko) sollte ärztlicherseits entgegengetreten werden [87], [169].
- Information über Schnelltestung, ihre sinnvolle Anwendung, ihre Durchführung, Erreichbarkeit und Finanzierung als Möglichkeit, um Selbstisolierung und Vereinsamung entgegenzuwirken [64].
- Barrierefreie Gestaltung von Informationen, Ansprache und Kommunikation; Nutzung einfacher Sprache.

Psychotherapeutische Versorgung

- Aufrechterhaltung der Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen auch unter Pandemiebedingungen. Kontakt halten und Kontakt aufbauen durch aktiv-zugehende Versorgung.
- Sicherheit und Schutz- und Hygienemaßnahmen (modifiziert) wie in der ärztlichen Praxis (Abläufe, Patientensteuerung u. a.).
- Angebot von Telefon- und Videosprechstunden, Angebot von Psychotherapie und Gruppentherapie per Videoübertragung (Voraussetzung: von der KV zertifiziertes System, Einhaltung des Datenschutzes).
- Ggfs. Angebot und Durchführung von Corona-Schnelltests, um Präsenzprechstunden, vor allem bei Gruppentherapien, zu ermöglichen [64].

Medizinische Leistungen – ambulant und stationär

Die Priorisierung der Behandlung von Covid-19-Patientinnen und Patienten und die Schutzvorschriften sowie das Infektionsrisiko haben in der Corona Pandemie dazu geführt, dass in vielen Fällen der Zugang zu medizinischen Leistungen, einschließlich operativer oder interventioneller Eingriffe, komplexer Therapien und präventiver Maßnahmen, nicht mehr gewährleistet war oder es zu erheblichen Verzögerungen und Verschiebungen kam. Die Befragung gibt viele Hinweise darauf, dass Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen davon sehr häufig betroffen waren und sind; dabei trifft dies für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, mit Schwerstmehrfachbehinderungen und Verhaltensauffälligkeiten in besonderem Maße zu. Die negativen gesundheitlichen, funktionellen, psychischen und sozialen Folgen für die Betroffenen wurden in der Befragung deutlich.

Handlungsoptionen:

- Aufrechterhaltung aller Angebote der Gesundheitsversorgung so weit wie möglich, wobei die Angebote im notwendigen Umfang den Pandemiebedingungen angepasst werden

müssen. Dies gilt insbesondere für spezielle Angebote, die Menschen mit Behinderungen dringend benötigen, z. B. in SPZ, MZEB, PIA, Frühförderstellen sowie für die zur Erhaltung von Körperfunktionen und Ermöglichung der Teilhabe besonders wichtigen Leistungen der Heil- und Hilfsmittelversorgung.

- Gewährleistung einer flexiblen Steuerung in der Krankenhausversorgung, mit dem Ziel, dass möglichst viele Kapazitäten zur „normalen“ medizinischen Versorgung zur Verfügung stehen. Engpässe in der medizinischen und therapeutischen Versorgung, die aufgrund einer Priorisierung der Behandlung von Covid-19-Patientinnen und Patienten entstehen, müssen die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen berücksichtigen. Bei notwendigem, aber nicht dringlichem Behandlungsbedarf, z. B. bei elektiven Eingriffen, dürfen Menschen mit Behinderungen, insbesondere bei Schwerstmehrfachbehinderung, psychischen und Verhaltensstörungen nicht benachteiligt und Zugangshindernisse abgebaut werden [55], [87], [157].
- Bereitstellung von Ersatzangeboten, wenn sich Präsenzangebote in der Gesundheitsversorgung (einschließlich Frühförderung, SPZ, PIA, MZEB) nicht umsetzen lassen, um zumindest essenzielle Elemente der nicht durchführbaren üblichen Leistungen abzudecken. Die Ersatzangebote müssen rechtlich, berufsrechtlich und ökonomisch abgesichert sein.
- Zu solchen Ersatzangeboten gehören neben zugehenden Angeboten und Hausbesuchen telemedizinische Angebote, Videosprechstunden, Videotherapien und regelmäßige Telefonkontakte.
- Die Unterstützung durch Assistenzdienste und Begleitpersonen sollte Menschen mit Behinderungen, wann immer nötig, für die Wahrnehmung medizinischer und therapeutischer Leistungen vollumfänglich erhalten bleiben, ggfs. mit Schnelltestung der Begleitpersonen.
- Zu prüfen ist, inwieweit im Krankenhausbereich die Gegenfinanzierungen, wie z. B. die Freihaltepauschalen, einen negativen Effekt für die Versorgung von Nichtcovid-Patientinnen und Patienten hatten, der durch eine flexiblere Anwendung vermeidbar gewesen wäre. Instrumente zur Gegenfinanzierung von Mindererlösen sollten gerade die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung aller berücksichtigen.

Risikogruppen – Menschen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion

Die Mehrheit der befragten Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen sieht sich als besonders schutzbedürftig und vulnerabel und klagt über mangelnde Schutzmaßnahmen und nicht ausreichende Rücksicht ihnen gegenüber, auch in medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen. Die damit verbundene Angst führt bei vielen zur Selbstisolierung und zu weitgehenden Kontakteinschränkungen. Sie nehmen ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen nur noch wahr, wenn es sich nicht vermeiden lässt. So werden Rehabilitationsanträge nicht gestellt, ärztlich indizierte und bewilligte Rehabilitationsleistungen nicht angetreten. Die Folge sind gesundheitliche Verschlechterungen, Zunahme von funktionellen Beeinträchtigungen und gravierende Einschränkungen der sozialen Teilhabe. Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und seelischer Behinderung sind hiervon ganz besonders betroffen.

Andere sehen sich als Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen einer besonderen Risikogruppe zugeordnet, ohne dass dies in angemessener Weise geprüft worden wäre. Diese Zuordnung hatte auch zur Folge, dass ihnen der Zugang zu medizinischen Leistungen und/oder rehabilitativen, therapeutischen und psychosozialen Angeboten erschwert oder auch verwehrt wurde. Dadurch sahen sich viele dieser Menschen benachteiligt, teils auch diskriminiert [106], [196], [214].

Handlungsoptionen:

- Erstellung ärztlicher Leitlinien zur Beurteilung des besonderen Risikos für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion. Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf eine fachlich fundierte Beurteilung ihres individuellen Risikos, ihrer Schutzbedürftigkeit und der sich daraus ergebenden notwendigen Einschränkungen ihrer Teilhabemöglichkeiten. Solchen Einschränkungen sollten sie nicht ohne eine individuelle Gefährdungsbeurteilung unterworfen werden. Die Einschätzung der potenziell gefährdenden Settings sollte entlang des Stufenkonzepts des RKI (19.03.2021) erfolgen. Erkenntnisse der Fachgesellschaften bzgl. der Risikoabschätzung und Schutzvorkehrungen bei bestimmten Behinderungs- und Krankheitsbildern sollten rechtzeitig und breit kommuniziert werden, damit sie bei der individuellen Umsetzung berücksichtigt werden können [169], [196], [179].
- Individuelle Gefährdungsbeurteilungen als Grundlage für besondere Schutzmaßnahmen wie gesonderte Arztprechzeiten, aber auch für eine Priorisierung bei der Impfung.
- Durchführung individuell risikoadaptierter Therapie- und Fördermaßnahmen, z. B. in Form von Hausbesuchen statt Behandlung in der Einrichtung oder alternativ Ermöglichung einer risikoarmen Beförderung (kein ÖPNV, sondern Taxibeförderung).
- Politisch und zivilgesellschaftlich muss der in der Befragung häufig berichteten, massiven Diskriminierung in der Öffentlichkeit entgegengetreten werden, wenn Menschen krankheits- oder behinderungsbedingt keinen oder nur eingeschränkt einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) tragen können. Für die notwendige Akzeptanz solcher Ausnahmeregelungen muss in der Öffentlichkeit geworben werden. Voraussetzung ist, dass die Befreiung vom Tragen eines MNS aufgrund einer differenzierten ärztlichen Beurteilung erfolgt. Bei der Entwicklung der Kriterien dafür sollten Patientenvertretungen und Selbsthilfeorganisationen einbezogen werden. Atteste sollten, wann immer vertretbar, Einschränkungen der Befreiung aufführen (Tragen von Masken, die die Atmung weniger beeinträchtigen, begrenzte Zeiträume für das Tragen von Masken u. a.).
- Um für diese Betroffenen den Zugang zu notwendigen medizinisch-therapeutischen Leistungen zu gewährleisten, sollten bei Bedarf Schnelltests (einschließlich deren Finanzierung) bereitgestellt werden [48].

Zugang von Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Krankheiten zur Impfung gegen Covid-19

Da zum Zeitpunkt der Konzipierung der Befragung der mögliche Start der Impfung gegen Covid-19 noch weit entfernt zu sein schien, wurde dieses Thema nicht in den Fragebögen aufgegriffen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen aber in den Freitexten zu den offenen Fragen, dass die Teilnehmenden mit der Impfung größte Hoffnungen verbunden und in

vielfältiger Weise formuliert haben. Sie erhofften sich durch sie die Aufhebung aller Restriktionen im privaten und öffentlichen Leben und der besonderen Belastungen durch die Pandemie. Medizinische, therapeutische und psychosoziale Leistungen sollten ihnen möglichst bald wieder ohne Einschränkungen und Ausfälle zugänglich sein und die Möglichkeiten der Teilhabe wieder eröffnen. Zugleich wurden Bedenken und Ängste über mögliche Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten geäußert, gerade auch in Hinblick auf die vielen chronischen Erkrankungen, die Behinderungen und oft komplexen Medikationen.

Handlungsoptionen:

- Menschen mit chronischen Erkrankungen mit sehr hohem Risiko für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion sollten in die Priorisierung der Impfung berücksichtigt werden.
- Nach Möglichkeit eine klare Perspektive für einen Impfzeitraum.
- Breite Aufklärung und Beratung zu allen mit der Impfung verbundenen Fragen unter Einbeziehung möglicher individuellen Risiken und Gefährdungen.
- Die Beratung sollte barrierefrei, umfassend und unterstützend sein.

Handlungsoption zur pflegerischen Versorgung

In der Befragung war die pflegerische Versorgung kein Schwerpunktthema. Dennoch ergibt die Auswertung deutliche Hinweise auf ein unerwartetes Ergebnis: **die ambulante Pflege** war aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen und der Angehörigen während der Corona-Pandemie im Wesentlichen gewährleistet. Es wurde weder von den Betroffenen, den betreuenden Angehörigen noch von den Leistungserbringern eine auch nur partielle Unterversorgung als Pandemie-Folge mitgeteilt. Nur sehr vereinzelt scheint es zu kurzzeitigen vollständigen oder partiellen Schließungen einzelner Einrichtungen aufgrund von behördlichen Anordnungen gekommen zu sein.

Die Belastungen pflegender Angehöriger hatten sich deutlich erhöht; das Pflegegeld deckte den Corona-bedingten Mehraufwand nicht ab. Die Möglichkeit, einen Entlastungsbetrag zu erhalten, war vielen nicht bekannt; andererseits konnte der Entlastungsbetrag nicht in Anspruch genommen werden, da er für Leistungen durch Familienangehörige nicht gezahlt wurde, professionelle Kräfte aber nicht zur Verfügung standen. Die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege oder einer kurzzeitigen Unterbringung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe wurde häufig vermisst. Die Ergebnisse der Befragung geben deutliche Hinweise auf die hohen Belastungen der Mitarbeitenden und der Corona-bedingten Erschwernisse der Pflege. [01]. Deshalb wünschten die Befragten Unterstützung, dabei wird aber oft nicht unterschieden, ob Pflege im engeren Sinne oder Assistenz benötigt wird.

Die Ergebnisse der Befragung sind nicht aussagekräftig genug, um aus ihnen detaillierte und umfassende Handlungsoptionen abzuleiten. Handlungsoptionen sind:

- Sicherstellen, dass der Pflege jederzeit alle notwendigen Schutz- und Hygienemittel zur Verfügung stehen.

- Der zeitliche Mehraufwand und die Belastungen durch die hohen Anforderungen für die Schutz- und Hygienemaßnahmen im Rahmen der Pandemie sollten beim Personaleinsatz berücksichtigt werden.
- Anpassung der Pflegesätze in der stationären Pflege an den höheren Personalbedarf, in der ambulanten Pflege Finanzierung des Mehrbedarfs; zusätzliche Finanzierung der Corona-bedingten Schutz- und Hygienematerialien [25].
- Auszahlung des Entlastungsbetrags auch, wenn pflegende Angehörige durch andere Angehörige, die in der Pflege arbeiten, unterstützt werden.
- Betroffene und Angehörige brauchen verlässliche Informationen und zugehende Beratung über die Vermeidung einer Ansteckung und die Schutz- und Hygienekonzepte der Pflegedienste und über materielle und finanzielle Unterstützungsleistungen [15].
- Beratung der zu Pflegenden und der Angehörigen über notwendige Schutz- und Hygienemaßnahmen in ihrem Alltag. Dabei Berücksichtigung der besonderen Risiken der zu Pflegenden und ggfs. auch besonderer Risiken der Angehörigen. Angehörige brauchen mehr Informationen, wohin sie sich wenden können, um Unterstützung zu erhalten [01].

Der Fokus lag in der stationären Versorgung auf Aspekten der sozialen Teilhabe, insbesondere im Kontext der Kontakt- und Besuchseinschränkungen. Siehe hierzu Handlungsoptionen zum Teil 4 – Soziale Teilhabe.

Handlungsoptionen zur Versorgung mit Heilmittel und Hilfsmitteln

Heilmittel sind ein wesentliches Element der Gesundheitsversorgung; insbesondere sind Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen auf eine intermittierende oder kontinuierliche Versorgung mit Heilmitteln angewiesen. Im Rahmen der Corona-Pandemie war die Versorgung mit Heilmitteln sehr häufig ausgefallen oder sie konnte nur unzureichend und vermindert erfolgen. Ersatzangebote waren die Ausnahme, meist nur als Telefon- und Videokontakte mit Sprechstunde/Beratung. Therapeutische Hausbesuche als Ersatz fanden nur in Einzelfällen statt. Dies hatte negative Folgen für die Betroffenen: mehr Schmerzen, Verschlechterung der Mobilität und der Alltagskompetenz und des Gesundheitszustands insgesamt, bei den betroffenen Kindern darüber hinaus Verhaltensstörungen und Verschlechterung der Sprache und kognitiver Fähigkeiten. Diese Verschlechterungen waren bei Menschen mit seelischer Behinderung und mit einer Schwerstmehrfachbehinderung besonders ausgeprägt.

Handlungsoptionen:

- Auch unter Pandemiebedingungen sollte die Heilmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Krankheiten so weit wie möglich aufrechterhalten bleiben; Zugangshindernisse sollten abgebaut werden.
- Bessere Informationen der Patientinnen und Patienten über die Corona-Schutzmaßnahmen und die sich daraus ergebenden Abläufe in den Praxen/Therapiezentren; individuelle Einweisung der Patienten.
- Erstellung und konsequente Umsetzung eines Hygienekonzepts unter Einbeziehung der Mitarbeitenden auf der Grundlage der Vorgaben des RKI, der Landesbehörden und der Berufsgenossenschaften, das neben den allgemeinen Regelungen auch deren Umsetzung

unter den konkreten Gegebenheiten der Praxis/des Therapiezentrums konkretisiert. Es muss vom gesamten Personal mitgetragen werden.

- Patientensteuerung mit telefonischer oder digitaler Terminvereinbarung, um Patientenansammlungen in der Praxis sicher zu vermeiden; Aufenthalte in der Praxis so kurz wie möglich halten.
- Es gilt, den Patientinnen und Patienten überzeugend zu vermitteln, dass zu ihrer Sicherheit das Optimum getan wird und das Infektionsrisiko auf ein Minimum reduziert wird.
- Ersatzweise zugehende Information und Beratung der Patientinnen und Patienten, u. a. auch regelmäßig telefonisch.
- Video-/Online-Therapien als Ersatzangebote, wo sinnvoll und durchführbar (z. B. Logopädie) [17], [43].
- Für Patientinnen und Patienten mit hohen Risiken für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion sollte die therapeutische Versorgung durch Hausbesuche angepasst und sichergestellt werden. Dazu sind verbindliche Schutzregelungen zu beachten. Nutzung des dafür vorhandenen Spielraumes der Heilmittelrichtlinie unter Pandemiebedingungen [17].
- Regelungen für eine angemessene Finanzierung der Ersatzangebote.
- Sicherstellung der therapeutischen Versorgung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern (Menschen mit Behinderungen, Stationäre Pflege) durch enge Abstimmung der Schutz- und Hygienemaßnahmen mit dem Personal der Einrichtungen auf Leitungs- und Mitarbeiterebene.
- Die gleichzeitige Behandlung von mehreren Patientinnen und Patienten (zum Beispiel in Kleingruppen) ist nur bei entsprechend großen Räumlichkeiten mit guter Belüftung oder im Freien möglich.
- Leistungserbringer brauchen klare, angemessene und eindeutige Vorgabe bzgl. der zu ergreifenden Schutz- und Hygienemaßnahmen. Dazu gehören konkrete und differenzierte Regelungen für die therapeutische Versorgung in der Praxis, in Privathaushalten und in stationären Einrichtungen.
- Finanzielle Ausgleichs sollten die Mehrkosten für die Schutz- und Hygienemaßnahmen und die höheren Personaleinsatz abdecken [43].
- Gewährleistung einer angemessenen Hilfsmittelversorgung auch unter Pandemiebedingungen (inkl. Anpassung vor Ort/am Patienten, Hausbesuch und Erprobung) [04].

Handlungsoptionen zu Funktionstraining und Rehabilitationssport (Reha-Sport)

Funktionstraining und Reha-Sport sind für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen ein wesentliches Element der Gesundheitsversorgung. Über ihre Übungseffekte in Hinblick auf die Erkrankungen selbst, auf die Schädigungen und Beeinträchtigungen hinaus stellen sie für diese Menschen ein wesentliches Element ihrer Teilhabe und Inklusion, auch zur (Wochen-)Strukturierung dar; letzteres ist für Menschen mit chronisch-psychischen Erkrankungen besonders wichtig. Funktionstraining und Reha-Sport sind die Bereiche, die im Rahmen der Corona-Pandemie – wenn auch regional unterschiedlich

– am meisten von teils monatelangen Schließungen und Angebotsreduzierungen betroffen waren.

Der hauptsächliche Grund ist, dass Funktionstraining und Reha-Sport ausschließlich in Gruppen durchgeführt werden und solche Gruppenaktivitäten mit einem deutlich erhöhten Expositions- und Infektionsrisiko einhergehen. Zum anderen ist ihre Durchführung in der Regel an Räumlichkeiten wie Trainingshallen, MTT-Einheiten oder Schwimmbäder/ medizinische Bäder gebunden, die unter Pandemiebedingungen nicht zur Verfügung standen. Auch umfangreiche Hygienekonzepte konnten den Ausfall von Funktionstraining und Reha-Sport nicht verhindern.

Handlungsoptionen:

– Funktionstraining und Reha-Sport sollten auch unter Pandemiebedingungen so weit wie möglich den Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen zur Verfügung stehen. Ein tragfähiges, jeweils differenziertes Schutz- und Hygienekonzept ist dafür die Voraussetzung. Dieses Konzept sollte die breite Anwendung von Schnelltestungen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Kursleiter vorsehen. Auch das Tragen von MNS sollte zumindest bei nichtaktiven Kurselementen so weit wie möglich vorgesehen sein.

Gefragt sind kreative Lösungen – diese können sein:

- Verlagern der Anwendungen möglichst ins Freie.
- Indoor-Gruppenaktivitäten setzen ein für die jeweilige Räumlichkeit definiertes Schutz- und Hygienekonzept voraus. Dieses enthält Festlegungen zur Anpassung der Gruppengrößen an die Raumgröße, damit i. d. R. Verkleinerung der Gruppen, zur Durchlüftung, (Nicht-) Benutzungen von Umkleieräumen u. a.
- Ausweichen auf große Räumlichkeiten (z. B. leerstehende Turnhallen).
- Verzicht auf Wasseranwendungen.
- Anbieten und Durchführung von Online-Training über Videoangebote.
- Bessere Informationen der Patientinnen und Patienten über die Corona-Schutzmaßnahmen und die sich daraus ergebenden Abläufe für die jeweiligen Trainingseinheiten; individuelle Einweisung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
- **Leistungserbringer** sind aufgefordert, Schutz- und Hygienekonzept jeweils für die einzelnen Kurse zu entwickeln und mit Hygieneverantwortlichen ggfs. auch mit Gesundheitsämtern abzustimmen.
- Die Fortbildung, Schulung und Einweisung der Kursleiterinnen und -leiter in Hinblick auf Schutz- und Hygienemaßnahmen ist eine wesentliche Aufgabe der Leistungserbringer (Vorwissen kann bei – vielen nicht medizinisch/therapeutisch vorgebildeten – Kursleitern nur sehr begrenzt vorausgesetzt werden).
- Leistungserbringern sollte der entstehende Mehraufwand und die damit verbundenen Kosten und die Mindereinnahmen in vollem Umfang vergütet werden, wenn diese transparent und nachvollziehbar erfasst wurden.

- **Leistungsträger** sollten die Leistungserbringer bei der Entwicklung von „pandemie-tauglichen“ Angeboten und den dafür notwendigen Schutz- und Hygienekonzepten unterstützen [43].
- Die mit den Mehraufwänden verbundenen Mehrkosten und die Mindererlöse sollten gegenfinanziert werden. [43]
- Finanzierung von Online-Angeboten.

Handlungsoptionen zur Medizinischen Rehabilitation

Der Zugang zu rehabilitativen Leistungen war im Rahmen der Corona-Pandemie nur eingeschränkt möglich. Dies betraf auch Anschlussrehabilitationen. Belegungsrückgänge waren vor allem in der ambulanten Rehabilitation, gefolgt von der stationären Rehabilitation zu verzeichnen [109], [157], [188]. Die Leistungen der mobilen Rehabilitation waren nur in den ersten drei Monaten der Pandemie zurückgegangen, allerdings war der Zugang der mobilen Rehabilitationseinrichtungen zu Rehabilitanden in der stationären Pflege in den ersten Wochen gar nicht, in den nachfolgenden Monaten nur eingeschränkt möglich [113]. Die wesentlichen Ursachen für die Reduktion der stationären und ambulanten Rehabilitationen waren behördliche Schließungen, Reduzierung der Behandlungsplätze aufgrund räumlicher Einschränkungen und eines erhöhten Personalbedarfs, Corona-Infektionen bei Rehabilitanden und Personal und nicht zuletzt die Nichtinanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen durch Patienten aufgrund von Angst vor Ansteckungen [150].

Handlungsoptionen:

Zugang zur medizinischen Rehabilitation:

- Versorgung mit Rehabilitationsleistungen möglichst ohne Einschränkung des Angebotspektrums, auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen, intellektuellen Beeinträchtigungen und Mehrfachbehinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen [157].
- Aufrechterhaltung aller stationären, ambulanten und mobilen Rehabilitationsangebote ohne Zugangshindernisse [109], [113].
- Für ambulante und tagesklinische Reha-Angebote müssen pandemiegerechte Beförderung (ggf. auch Einzelbeförderung) einschließlich deren Finanzierung sichergestellt werden.
- Gewährleistung der Versorgungssicherheit in Hinblick auf Reha-Leistungen; ggfs. Flexibilisierung der Leistungserbringung und der Reha-Konzepte [197].
- Der reibungslose Übergang von der Akutversorgung zur Rehabilitation muss gewährleistet sein (z. B. Entgiftung als Voraussetzung für Sucht-Rehabilitation) [64], [150], [157].

Rehabilitationskonzept:

- Die Leistungserbringung und die Reha-Konzepte müssen so angepasst werden, dass sie sowohl dem Reha-Bedarf von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen als auch den Anforderungen der Pandemiebekämpfung gerecht werden. Dabei sollten den Leistungserbringern mehr Spielräume für die Entwicklung tragfähiger und flexibler Konzepte zugestanden werden, um Rehabilitationsleistungen auch unter Corona-Bedingungen in möglichst guter Qualität und möglichst hoher Zahl zu ermöglichen [64], [174].

- Digitale Angebote (telemedizinische Angebote, Videosprechstunden, Videotherapien) sind vermehrt zu nutzen.
- Auch für Menschen mit einem hohen individuellen Risiko für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion müssen angemessene rehabilitative Leistungen zur Verfügung stehen, gegebenenfalls als Mobile Rehabilitation, wenn diese von der Versorgungssituation her durchgeführt werden kann.
- Für die medizinische Rehabilitation nach einer Covid-19-Erkrankung mit schwerem Verlauf (Beatmung) oder bei Long-Covid (Fatigue, neuropsychologische Beeinträchtigungen u. a.) sind Reha-Konzepte – auch für Kinder und Jugendliche – zu entwickeln und Reha-Kapazitäten auf- bzw. auszubauen.
- Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen Konzepte für die Rehabilitation Corona-positiv getesteter Patientinnen und Patienten entwickeln, die (z. B. nach Schlaganfall) dringend eine Rehabilitation brauchen.

Hygiene- und Schutzmaßnahmen:

- Die Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation brauchen angepasste Schutz- und Hygienekonzepte; verständliche, auch mehrsprachliche Information und Einweisung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, auch in einfacher Sprache.
- Regelmäßige und gezielte Testungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Personal sind als integraler Bestandteil der Schutzmaßnahmen zu etablieren und aufwandsdeckend zu finanzieren.
- Bei nachweislich besonders hohem individuellem Risiko für einen schweren Verlauf im Falle einer Corona-Infektion müssen individuell modifizierte Schutzmaßnahmen ergriffen werden.
- Isolierung und Kontaktbeschränkungen sind auf das Notwendige zu beschränken. Dies gilt auch für Kontakte zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und für deren Kontakte zu Angehörigen oder Bezugspersonen (z. B. Besuche). Hierzu sind gezielt (Schnell-)Tests einzusetzen, die refinanziert werden müssen [150].
- Bei der Anpassung der Räumlichkeiten, der Abläufe und der Behandlungskonzepte an pandemiebedingte Hygieneerfordernisse sind die Bedürfnisse und Belange der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Behinderungen zu berücksichtigen.
- Frühzeitige Gefährdungsbeurteilung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind durchzuführen und Vereinbarungen von Schutzvorkehrungen unter Einbezug von Schwerbehinderten- und Personalvertretungen sind zu treffen.

Finanzielle Sicherheit – Personalmangel:

- Mindererlöse durch Minderbelegung, Reduzierung von Platzzahl und Leistungen müssen zeitnah finanziell ausgeglichen werden, um existenzgefährdende und qualitätsmindernde strukturelle Folgen für die Reha-Angebote zu verhindern.
- Die Mehrkosten infolge erforderlicher Schutz- und Hygienematerialien, räumlicher und technischer Anpassungsmaßnahmen sowie der zusätzlichen Personalkosten durch

höheren Personaleinsatz bei den Therapien, der Gewährleistung der Schutz- und Hygienemaßnahmen und der Besuchersteuerung müssen vollständig finanziert werden.

- Auch unter Pandemiebedingungen sind auf Langfristigkeit angelegte Personalentwicklungskonzepte, verbesserte Arbeitsbedingungen und adäquate Vergütungen notwendig, um qualifiziertes Personal halten und gewinnen zu können.

Regelungen:

- Anordnungen, Regelungen und Hinweise der Gesundheitsbehörden und anderer staatlicher Stellen zum Umgang mit der Corona-Pandemie sollten angemessen, einheitlich und in sich nicht widersprüchlich sein; diese Anforderung gilt über Bundes-, Länder- und regionalen Ebenen hinweg.

Ersatzangebote für nicht durchführbare Rehabilitationsleistungen:

- Wenn die Durchführung einer indizierten Rehabilitation nicht möglich ist, sollte eine „zweitbeste“ Lösung in Form einer intensivierten, gegebenenfalls kombinierten und gut koordinierten Heilmittelversorgung (längere Dauer der Therapieeinheiten, mehrmals pro Woche) realisiert werden. Diese Leistungen sollten als Reha-Ersatzleistung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Vertragsärzte ausgenommen werden.
- Funktionstraining und Rehabilitationssport sollten ebenfalls als Ersatzangebot, gegebenenfalls ergänzend zu Heilmitteln, verstärkt angeboten und verordnet werden. Der pandemiebedingte Mehrbedarf bei der Erbringung ist in vollem Umfang bei der Finanzierung zu berücksichtigen.
- Digitale Therapie-, Beratungs- und Sprechstundenangebote sind während der Pandemie verstärkt anzubieten und weiterzuentwickeln.
- Mobile Rehabilitation ist als Alternative zu einer stationären oder ambulanten Rehabilitation einzubeziehen.

Nachsorge und Weiterbehandlung nach der Rehabilitation:

Die Reha-Nachsorge soll die Sicherung der Rehabilitationsergebnisse unterstützen. Die Durchführung von Nachsorgeprogrammen wie IRENA, T-RENA und Psy-RENA der Rentenversicherung war im Rahmen der Corona-Pandemie ebenso wie Heilmittelversorgung, Funktionstraining und Reha-Sport oftmals nicht gewährleistet.

- Bedarfsgerechte Nachsorge und Weiterbehandlung muss für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen auch unter Pandemiebedingungen umfassend gewährleistet sein. Dies betrifft ärztliche, therapeutische, pflegerische und soziale Leistungen.
- Ausbau digitaler Therapie-, Beratungs- und Sprechstundenangebote durch die nachsorgenden Einrichtungen und Dienste sowie der Reha-Einrichtungen.
- Familien, die Pflegebedürftige nach einer stationären Rehabilitation aufnehmen bzw. betreuen, um Heimaufnahmen zu vermeiden, sind adäquat zu unterstützen.
- Die Rücknahme von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern aus einer stationären Rehabilitation in die Pflegeeinrichtungen muss so weit wie möglich zeitnah gewährleistet

sein; Pandemie bedingte Einschränkungen der Rücknahme nur in Ausnahmesituationen wie z. B. akuter Corona-Ausbruch in einer Pflegeeinrichtung.

- Unterstützung der Familien, die Pflegebedürftige nach einer stationären Rehabilitation aufnehmen bzw. betreuen, wenn diese nicht in einem Heim untergebracht werden können.

Handlungsoptionen Angehörige

Angehörige und Bezugspersonen, die Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronischen Erkrankungen versorgen und betreuen, sind eine wesentliche Stütze der sozialen Versorgung in unserer Gesellschaft. Sie bedürfen zur Wahrnehmung dieser Aufgabe einer möglichst weitgehenden Unterstützung.

Unter der Corona-Pandemie sind viele etablierte Hilfen zur Versorgung und Betreuung weggebrochen, u. a. Tagesbetreuung, WfbM, Schulen/Förderschulen und andere Förder- einrichtungen, Assistenzdienste und therapeutische Leistungen. Oftmals schon unter „Normal“- bedingungen an ihrer Belastungsgrenze hat dies für betreuende Angehörige bzw. Bezugs- personen zur Konsequenz, dass sie oftmals völlig überfordert und überlastet sind. Um die Betreuungssituation überhaupt gewährleisten zu können, mussten sie häufig ihre Arbeits- zeiten reduzieren, sich zeitweise beurlauben lassen oder ihr Arbeitsverhältnis ganz aufgeben und damit finanzielle Einbußen hinnehmen.

Auch unter Pandemiebedingungen müssen die Unterstützungs- und Hilfsangebote so weit wie möglich auch in Präsenzform aufrechterhalten bleiben, wenn dies nicht möglich ist, müssen Ersatzangebote zur Verfügung stehen.

Handlungsoptionen:

- Der Ausfall einrichtungsgebundener Leistungen sollte so weit wie möglich durch auf- suchende Leistungen (teil-)kompensiert werden (z. B. therapeutische Leistungen als Hausbesuche). Die Leistungserbringer und die Leistungsträger sollten verpflichtet sein, notwendige Leistungen flexibel zu ermöglichen.
- Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege und Notbetreuung müssen als essenziell für Betroffene und pflegende Angehörige so weit wie möglich geöffnet bleiben bzw. aufgebaut werden. Dies muss u. a. durch gezielte Teststrategien bei Nutzerinnen, Nutzern und Personal abgesichert werden. Wenn solche Einrichtungen nicht zur Verfügung stehen, müssen Ersatzangebote realisiert werden.
- Etablierte, einrichtungsgebundene Assistenzdienste sollten bei Schließung der Einrich- tungen oder bei unvermeidbaren Risiken durch den Einrichtungsbesuch auch in der Häus- lichkeit der Betreuten eingesetzt werden. Gleiches gilt für Integrationshilfen und Schul- begleitungen. Bei Mehrbedarf sollten vermehrte oder neue Assistenzleistungen ermöglicht und finanziert werden.
- Deckung des Bedarfes an Einzelbetreuung u. a. für Menschen mit psychischen Erkran- kungen unter Nutzung verschiedener Sozialleistungen wie Soziotherapie, Hausbesuche durch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), intensiviertere Ergotherapie und vor allem persönliche Assistenzleistungen.

- Wenn bei Einrichtungsschließungen Pflege und Betreuung zu Hause übernommen werden, müssen auch notfallmäßig Dienste (Pflege und Assistenz, vgl. Kap. 4.16) verfügbar sein. Auszeiten während der 24/7-Pflege müssen ermöglicht werden, ohne dass es zu einer Unterversorgung der Betreuten kommt.
- Wenn pandemiebedingt die Pflege zu Hause durch nichtprofessionelle Helferinnen und Helfer unterstützt werden muss (z. B. weil keine ausreichende professionelle Unterstützung zur Verfügung steht), ist dies angemessen zu finanzieren. Die Finanzierung sollte auch den Familienangehörigen zustehen. Dazu muss § 77 SGB XI geändert werden.
- Testung: Regelmäßiger Einsatz von individuell geeigneten Schnelltests (z. B. im Fall von Kindern Spuck-Tests), um Sicherheit von Assistenz, Betreuung u. a. zu gewährleisten; Finanzierung der Testungen.
- (Finanzielle) Unterstützung bei der Beschaffung von Schutzausrüstung wie Mund-Nasen-Schutz, FFP2-Masken, Handschuhe u. a. – auch für privat organisierte Pflegekräfte/-hilfen.
- Die Nutzung notwendiger therapeutischer oder psychosozialer Angebote darf nicht am Wegfall von Beförderungsdiensten scheitern. Die finanziellen Mittel etwa für Einzeltransporte (bei ansonsten Sammeltransporten) oder Taxi-Service müssen von den zuständigen Leistungsträgern, gegebenenfalls von staatlichen Stellen, zur Verfügung gestellt werden (vgl. Kap. 4.9).
- Ausbau telemedizinischer bzw. digitaler ärztlicher und therapeutischer Versorgungsangebote, um die Ansteckungsrisiken zu minimieren [64].
- Verbesserung der Informations- und Beratungsangebote durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegedienste, Pflegestützpunkte, Krankenkassen, Sozialdienste und Sozialämter sowie der Ergänzenden unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) zu Fragen im Zusammenhang mit der Corona-Krise, auch im Sinne einer pandemiespezifischen niedrigschwelligen Beratung über Unterstützungsangebote.
- Der Entlastungsbeitrag von 125 € sollte bei Nichtausschöpfung – unabhängig von anderen Leistungen der Pflegeversicherung (Sozialstationen, Pflegediensten, Verhinderungspflege u. ä.) – an pflegende Angehörigen ausbezahlt werden können.
- Die Möglichkeiten des Kinderkrankengeldes nach § 45 SGB V, der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V sowie der ambulanten Familienhilfe nach § 20 SGB VIII sollten stärker bekannt gemacht und vermehrt in Anspruch genommen werden. Hierzu sollten § 38 SGB V und § 20 SGB VIII um pandemiespezifische Regelungen ergänzt werden.
- Für die finanziellen Belastungen sollte den betreuenden Angehörigen eine Entschädigung, zum Beispiel in Anlehnung an das „Kinderkrankengeld“ oder in anderer Form, zugesprochen werden [106].
- Angehörige müssen bei Wegfall von Diensten/Einrichtungen auch nicht-professionelle Dienstleister für die Betreuung v. a. in Krisen-/Pandemiezeiten nutzen dürfen.

Medizinische Rehabilitation aus Sicht der Leistungserbringer

Im Rahmen der Corona-Pandemie sind die Rehabilitationsleistungen stark zurückgegangen. Belegungsrückgänge waren vor allem in der ambulanten Rehabilitation, gefolgt von der stationären Rehabilitation zu verzeichnen. Die wesentlichen Ursachen für die Reduktion der

stationären und ambulanten Rehabilitationen waren behördliche Schließungen, Reduzierung der Behandlungsplätze aufgrund räumlicher Einschränkungen und eines erhöhten Personalbedarfs, Corona-Infektionen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Personal und nicht zuletzt die Nichtinanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen durch Patientinnen und Patienten aufgrund von Angst vor Ansteckungen.

Handlungsoptionen:

- Stationäre, ambulante und mobile Rehabilitationsangebote sollten so weit wie möglich aufrechterhalten bleiben; auch unter Corona-Bedingungen keine Zugangshindernisse und -beschränkungen für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen [106], [174].
- Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation brauchen Schutz- und Hygienekonzepte, die auch Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen – insbesondere auch Menschen mit psychischen Erkrankungen, mit sog. geistiger Behinderung und Mehrfachbehinderungen – einen ungehinderten Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ermöglichen [174].
- Die notwendigen Anpassungen der Reha-Konzepte sollten den Rehabilitanden mit einem umfassenden Schutz- und Hygienekonzept hohe Sicherheit vor Infektionen bieten und dabei das Schutzbedürfnis der Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und/oder chronische Erkrankungen in besonderem Maße berücksichtigen [34],[150, [1F].
- Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen auch Konzepte für die Rehabilitation Corona-positiv getesteter Patientinnen und Patienten entwickeln, die in der Lage sind, an der Rehabilitation teilzunehmen [75], [174].
- Regelmäßige und gezielte Testungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Personal sind integraler Bestandteil der Schutzmaßnahmen [64].
- Bei der Anpassung der Räumlichkeiten, der Abläufe und der Behandlungskonzepte sind die Bedürfnisse und Belange der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu berücksichtigen, um ihnen auch unter Corona-Bedingungen eine möglichst gute Rehabilitation zu ermöglichen.
- Entwicklung und vermehrter Einsatz von digitalen Angeboten wie Videovorträgen, Videosprechstunden und -beratungen, therapeutischen Anleitungen und Nachsorgeprogrammen [28], [150], [1F].
- Bei möglicherweise vorliegendem hohem Risiko für einen schweren Verlauf einer Corona-Infektion von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollten individuelle Risiko-beurteilungen vorgenommen und ggfs. individuelle Schutzmaßnahmen ergriffen werden.
- Auch unter den Corona-Schutz- und Hygienemaßnahmen sollte Isolierung vermieden werden; notwendige Kontakt- und Besuchseinschränkungen in stationären Einrichtungen sollten einen angemessenen Austausch unter den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und den geregelten Besuch von Angehörigen ermöglichen.
- Frühzeitige Gefährdungsbeurteilung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und ggfs. Vereinbarung von Schutzvorkehrungen.

- In die Gefährdungsbeurteilung und Vereinbarung von Schutzvorkehrungen sollten ggfs. auch Schwerbehinderten- und Personalvertretungen einbezogen werden.
- Anordnungen, Regelungen und Hinweise der Gesundheitsbehörde und anderer staatlicher Stellen zum Umgang mit der Corona-Pandemie sollten angemessen, einheitlich und in sich nicht widersprüchlich sein; dies auch über die Bundes-, Länder- und regionalen Ebenen hinweg.
- Die Mindererlöse durch Minderbelegung, Reduzierung der Platzzahl und der Leistungen müssen finanziell ausgeglichen werden [64], [106], [150], [151], [188].
- Finanzierung der Mehrkosten bei Schutz- und Hygienematerialien und der zusätzlichen Personalkosten durch höheren Personaleinsatz bei den Therapien, der Gewährleistung der Schutz- und Hygienemaßnahmen und der Besuchersteuerung.
- Die finanzielle Unterstützung muss zeitnah erfolgen (Vermeidung von Liquiditätsproblemen).
- Bereitstellung notwendiger finanzieller und nichtfinanzieller Ressourcen für Anpassungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung des Reha-Angebotes wie räumliche Umgestaltungen, Lüftungsvorrichtungen und dgl.
- Anpassungen der Reha-Leistungen entsprechend den Möglichkeiten vor Ort, ohne dass dadurch finanzielle Einbußen verbunden sind; dies sollte auch bei begründeter Nichteinhaltung von standardisierten Programmen gelten.
- Beförderungsdienste z. B. zu ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder Tageskliniken müssen unter Einhaltung der Hygieneregeln gewährleistet sein, dies schließt bei Bedarf auch die Finanzierung von Einzelfahrten ein.

6 Danksagung

Die Mitglieder der Steuerungsgruppe und der fünf Expertengruppen haben ihre wertvollen Erfahrungen in den Konsultationsprozess eingebracht, wichtige Impulse gegeben und so die Erstellung der Berichte maßgeblich unterstützt. Ohne ihre Unterstützung hätte der Konsultationsprozess nicht die vorliegende Breite und Qualität erreichen können. Dafür danken wir als Redaktionsgruppe allen Beteiligten herzlich.

Unser besonderer Dank gilt auch dem Zentrum für Sozialforschung Halle (ZSH), insbesondere Thomas Ketzmerick und Sascha Kranz, das die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Online-Befragung ermöglicht und mit hoher Kompetenz begleitet hat. Besonders danken wir ferner Stella Jörn, Katharina Peters und Denise Reichardt, die als studentische Hilfskräfte vor allem die eingegangenen Materialien des Konsultationsprozesses kompetent aufbereitet und damit zugänglich gemacht haben.

Nicht zuletzt ist an dieser Stelle die exzellente Unterstützung durch Sylvia Kurth, Geschäftsführerin der DVfR, und die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle hervorzuheben – wer sonst hätte die vielen Fäden dieses langen und weitverzweigten Konsultationsprozesses zusammengehalten, alles kompetent und umsichtig organisiert und unterstützt? Dafür ganz herzlichen Dank.

Mitglieder der Steuerungsgruppe:

Andreas Bethke, Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.

Dr. Mara Boehle, DVfR

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DVfR

Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Klinik Münsterland

Walter Krug, B.B.W. St. Franziskus Abensberg

Sylvia Kurth, Geschäftsführerin der DVfR

Wolfgang Ludwig, Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

Alfons Polczyk, BMAS

Andreas Rieß, Josefs-Gesellschaft gGmbH

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Vorsitzender der DVfR

Prof. Dr. Michael Seidel, ehem. Ärztlicher Direktor in den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel

Susanne Strehle, BMAS

Dr. Martin Warnach, stellv. Leiter des DVfR-Fachausschusses Rehabilitation vor/bei Pflegebedürftigkeit

Mitglieder der Expertengruppe 1 „Gesundheitsversorgung und medizinische Rehabilitation“:

Der Teilbericht „Themenfeld 1: Gesundheitsversorgung und medizinische Rehabilitation“ wurde mit einer Expertengruppe diskutiert. Für die intensive Beteiligung an den Diskussionen und für die zielführenden Anregungen und Hinweise dankt die DVfR den folgenden

Expertinnen und Experten. Die Mitarbeit in der Expertengruppe bedeutet nicht, dass jede Aussage von allen Expertinnen und Experten mitgetragen wird.

Dr. Christian Abt, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Alina Dahmen, Dr. Becker Klinikgruppe

Dr. Christian Fricke, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V. Bundesvereinigung

Prof. Dr. Harry Fuchs, Sozialexperte

Dr. Jean-Jaques Glaesener, Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Klinik Münsterland, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DVfR

Thomas Keck, Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Dr. Thomas Klein, Fachverband Sucht

Gerd Kukla, GKV-Spitzenverband

Christof Lawall, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation

Arnd Longrée, Deutscher Verband Ergotherapie, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DVfR

Maren Lose, Deutsche Rentenversicherung Bund

Marion Rink, BAG Selbsthilfe, Deutsche Rheumaliga, DVfR

Dr. Stefan Schüring, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Prof. Dr. Helga Seel, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Dirk van den Heuvel, Bundesverband Geriatrie

Dr. Martin Warnach, stellv. Leiter des DVfR-Fachausschusses Rehabilitation vor/bei Pflegebedürftigkeit

Michael Wiegert, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

7 Materialien aus der Befragung der ersten Phase des Konsultationsprozesses

Die Zahlen in eckigen Klammern beziehen sich auf eine DVfR-interne Liste von Stellungnahmen vor allem aus der ersten Phase des Konsultationsprozesses. Soweit vorhanden wird auch die URL (Internetadresse) angegeben.

- [01] DVSG: Positionierung: Psychosoziale Unterstützung sicherstellen. März 2020. https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/?no_cache=1&sword_list%5B0%5D=kurz&sword_list%5B1%5D=mittel&sword_list%5B2%5D=langfristige&sword_list%5B3%5D=folgen&sword_list%5B4%5D=herausforderungen&sword_list%5B5%5D=aus&sword_list%5B6%5D=sicht&sword_list%5B7%5D=der&sword_list%5B8%5D=gesundheitsbezogenen&sword_list%5B9%5D=sozialen&sword_list%5B10%5D=arbeit&cHash=25005749ccac94d27387f6d72d663c10
- [04] Andreas Zieger: Die große Offenbarung. Was die Corona-Pandemie in der gesundheitlichen Versorgung von neurologisch Schwerstbetroffenen und Schwerstbeeinträchtigten aufgedeckt hat. <http://www.neuronales-netzwerk.org/publikationsleser/71.html>
- [15] Manfred Moormann, Kardinal-von-Galen-Haus gGmbH: Aspekte, Meinungen, Erfahrungen für Konsultationsprozess SARS-CoV-2-Pandemie. DVfR (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation)
- [17] Martin Bodin – Benediktushof gGmbH: Benefit – Sport und Rehabilitation (Physiotherapie, Ergotherapie, Osteopathie).
- [25] Neuro-Netzwerk Weser-Ems e. V.: Aufruf und Forderungskatalog + Bericht eines pflegenden Angehörigen.
- [28] Beitrag der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Frau Prof. Dr. Seel
- [34] Deutsche Rentenversicherung Bund: Konsultationsprozess der DVfR – hier: Erster Schritt-Stoffsammlung und Brainstorming. Autor: Stefan Flohr
- [39] VdK Deutschland e. V.: Positionspapier für den Konsultationsprozess: Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen.
- [40] Beitrag des SPZs Bochum zum Konsultationsprozess: Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen.
- [43] Heinrich-Haus gGmbH: „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“ – Aufruf zur Beteiligung am Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR).
- [44] Deutsche Rheuma-Liga: Rehabilitation und Teilhabe, Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Funktionstraining.
- [48] Stellungnahme zur „Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ des Bundesministeriums für Gesundheit vom 09.06.2020 – Redaktionskomitee SARS-CoV-2, COVID-19 und (Früh)Rehabilitation-Leitlinie – Brief an das BMG. https://www.dgepi.de/assets/Stellungnahmen/Brief-an-BMG_-COVID-19-LL_Redaktionskomitee-v2.pdf

- [53] Holger Kiesel, Bayrischer Behindertenbeauftragter: Rückmeldung zu Beteiligung am Konsultationsprozess der DVfR „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen. 30.06.2020
- [55] (Broschüre RI): Rehabilitation International – Protecting Life Against COVID-19. Mai 2020. <https://www.bar-frankfurt.de/aktuelles/details/rehabilitation-international-protecting-life-against-covid19-1247.html>
- [64] Dr. Volker Weissinger: Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungs- und Rehabilitationssystem für suchtkranke Menschen.
- [68] Empfehlung der DGpRP – Stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie. 06.05.2020. <https://www.degemed.de/wp-content/uploads/2020/05/200507-Empfehlungen-der-DGpRP-Rehabilitation-in-Zeiten-von-Corona.pdf>
- [75] DGPRM: „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). 1.7.2020. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1207-0766>
- [87] Prognos AG: Gesundheitliche und soziale Folgewirkungen der Corona-Krise – Eine evidenzbasierte interdisziplinäre Bestandsaufnahme. 21.5.2020. https://www.prognos.com/sites/default/files/2021-02/20200521_Corona_Papier_Evidenz.pdf
- [106] DVfR: Stellungnahme der DVfR zu aktuellen Handlungsbedarfen im Bereich der Rehabilitation in der Corona-Pandemie – Bezug: Referentenentwurf einer SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung. Stand 16.4.2020. <https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/stellungnahme-der-dvfr-zu-aktuellen-handlungsbedarfen-im-bereich-der-rehabilitation-in-der-corona-pa/>
- [109] Interview Neue Osnabrücker Zeitung mit Christof Lawall, Geschäftsführer DEGEMED vom 20.03.2020. https://www.degemed.de/wp-content/uploads/2020/03/200320_Interview_NOZ.pdf
- [113] Dr. Rudolf Siegert, Vorsitzender der BAG Mobile Rehabilitation e. V.: Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Rehabilitation (Konsultationsprozess der DVfR) – Stichwortartige Hinweise zur mobilen Rehabilitation.
- [148] Fachverband Sucht e. V.: Ergänzung/Beitrag von Dr. Thomas Klein.
- [150] Dr. Weissinger: Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungs- und Rehabilitationssystem für suchtkranke Menschen.
- [151] Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V.: Eigene Recherche: Folgen der Pandemie – Corona-Patienten kommen traumatisiert und geschwächt in die Reha. 9.7.2020. https://www.t-online.de/gesundheit/krankheiten-symptome/id_88265376/coronavirus-patienten-kommen-traumatisiert-und-geschwaecht-in-die-reha.html
- [157] Beitrag des DVSG: Kurz-, mittel- und langfristige Folgen und Herausforderungen aus Sicht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. 31.7.2020. <https://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/01StellungnahmenPositionen/2020-07-31DVSG-StellungnahmeFolgenCorona-Pandemie.pdf>
- [169] Phillip Seitzer et al.: COVID-19 und Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung – Stellungnahme des Lehrstuhls Pädagogik und Rehabilitation für Menschen mit

- geistiger und schwerer Behinderung der Universität zu Köln im April 2020, Reprint 6.4.2020. https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Teilhabe/LH-104-41_FZ_Teilhabe_2_2020_COVID19download.pdf
- [174] Christoph Gutenbrunner et al.: Why Rehabilitation Must Have Priority During And After The COVID-19 Pandemic: A Position Statement Of The Global Rehabilitation Alliance. J Rehabil Med 2020; 52: jrm00081; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32719884/>
- [188] Das Ende verhindern – Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha SGB IX). 1.10.2020. <https://www.wz-kliniken.de/news-vom-traeger-das-ende-verhindern.153-19180.html>
- [179] Pressemitteilung und Hintergrundpapier zur Forschungslage der BPtK: Psychische Belastungen stärker beachten – Forderungen der BPtK bei einer zweiten Corona-Welle. 7.8.2020. <https://www.bptk.de/in-kontakt-bleiben-psychische-belastungen-staerker-beachten/>
- [196] Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten – Arbeitsmedizinische Empfehlung November 2020. <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/arbeitsmedizinische-empfehlung-umgang-mit-schutzbeduerftigen.html> – Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin: Leitfaden – Umgang mit Risikogruppen im betrieblichen arbeitsmedizinischen Setting. 4.5.2020. https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit_im_Betrieb/Gesundheit_im_Betrieb_1/Allgemeine_Hinweise.html
- [214] Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Aus der Pandemie für die Pandemie lernen – Positionspapier der BGW. SARS-CoV-2-Infektionen und COVID-19-Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Dez. 2020. <https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Medien-Center/Medientypen/BGW-Broschueren/Corona-Positionspapier.html>

8 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	(B – V3) Hauptsächliche Problembereiche der Betroffenen.....	6
Tabelle 2	(B – V6) Chronische Erkrankungen gesamt.....	8
Tabelle 3	(B – V7) Form der Behinderung gesamt – Gesamtkollektiv und Kinder/ Jugendliche	9
Tabelle 4	(B – V8) Grad der Behinderung (GdB).....	10
Tabelle 5	(V7 neu) Formen der Behinderungen.....	10
Tabelle 6	(B – V10) Verteilung der Pflegegrade.....	11
Tabelle 7	(A –V93) Erwerbstätigkeit der betreuenden Personen	12
Tabelle 8	(A – V3) Alter der Betreuten	12
Tabelle 9	(A-V7) Chronische Erkrankungen der von Angehörigen Betreuten – Verteilung der chronischen Erkrankungen. Im Vergleich: die Verteilung im Fragebogen (FB) „Betroffene“	13
Tabelle 10	(A-V8) Form der Behinderungen der Betreuten	13
Tabelle 11	(A-V12) Pflegegrade der Betreuten	14
Tabelle 12	(A – V4) Die betreute Person wohnt normalerweise	14
Tabelle 13	(E –V2) Die Dienste und Einrichtungen des Bereichs Gesundheitsversorgung	15
Tabelle 14	(E – V6_1) Funktionen der Antwortenden in den Diensten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	15
Tabelle 15	(D – V1) Dachverbände von Diensten und Einrichtungen.....	16
Tabelle 16	(Z – V1) Zuordnung der Antwortenden zu Bereichen der Zivilgesellschaft	17
Tabelle 17	(B-V15) Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitsversorgung	18
Tabelle 18	(B-V15 – Vergleich I) Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheits- versorgung: Gesamtkollektiv (mit und ohne chronische Erkrankungen), ohne chronische Erkrankung (MZEB, SPZ und Frühförderung hier nicht aufgeführt.)	19
Tabelle 19	(B-V15 Vergleich II) Behinderung und Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitsversorgung – Gesamtkollektiv, Menschen ohne Behinderung, Menschen mit seelischer Behinderung und Schwerstmehrfachbehinderung (MZEB, SPZ und Frühförderung hier nicht aufgeführt).....	21
Tabelle 20	(A- V18) Gründe für die vorübergehende Betreuung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern zu Hause	32
Tabelle 21	(V16) Auswirkungen der Pandemie auf Therapien und Hilfsmittelversorgung .	36
Tabelle 22	(B – V16) Wenn die Versorgung mit Heilmitteln (Physio-, Ergotherapie, Logopädie) eingeschränkt war, gab es therapeutische Ersatzangebote, die in Anspruch genommen werden konnten?.....	37
Tabelle 23	(B – V16b) Folgen von Ausfall oder Einschränkungen der Heilmittelversorgung	37
Tabelle 24	(A – V33) Welche Therapien erhält bzw. sollte die von Ihnen betreute Person normalerweise erhalten?	38
Tabelle 25	(A –V36) In welcher Hinsicht hat sich die gesundheitliche Situation der von Ihnen betreuten Person durch den Ausfall und die Verminderung der Therapien verschlechtert?	39

Tabelle 26	(E – V158) Von Heilmittelerbringern benötigte Unterstützung bei der Patientenversorgung, N = 12 – Mehrfachnennungen möglich	40
Tabelle 27	(B – V52_4) Chronische Erkrankungen der Betroffene, die Funktionstraining oder Rehabilitationssport nutzten oder nutzen wollten	43
Tabelle 28	(B – V8) Grad der Schwerbehinderung	43
Tabelle 29	(B – V67 und V68) Durchführung von ärztlich verordnetem Funktionstraining und Reha-Sport	44
Tabelle 30	(B – V69) Gründe, warum Funktionstraining oder Reha-Sport nicht wie geplant durchgeführt werden konnten	44
Tabelle 31	(B – V70) Wochen der Nichtverfügbarkeit des Funktionstrainings und/oder des Reha-Sports	45
Tabelle 32	(B -V71) Folgen von Ausfall oder langer Unterbrechung von Funktionstraining und/oder Reha-Sport	45
Tabelle 33	(E – V130 / V131) Konnten das Funktionstraining und der Reha-Sport nach den vollständigen Schließungen wieder durchgeführt werden?	46
Tabelle 34	(B – V52) Genutzte oder geplante Rehabilitation	49
Tabelle 35	(B – V55) Bewilligung der beantragten Rehabilitationen	50
Tabelle 36	(B – V57) Konnte die bewilligte Rehabilitation durchgeführt werden?	50
Tabelle 37	(B –V59) „Welche Folgen hat es nach Ihrer Einschätzung, wenn die Rehabilitation nicht durchgeführt werden konnte, abgebrochen wurde oder nur sehr eingeschränkt stattfinden konnte?“	51
Tabelle 38	(B – V63) Erreichung der Rehabilitationsziele	51
Tabelle 39	(B – V57/V63) Erreichen der Rehabilitationsziele und Einschränkungen der Durchführung der Rehabilitation	52
Tabelle 40	(A – V29) Konnte die medizinische Rehabilitation stattfinden?	54
Tabelle 41	(A –V31) Folgen einer nur sehr eingeschränkten, verspäteten, unterbrochenen oder nicht durchgeführten Rehabilitation	54
Tabelle 42	(E – V72) Durch die Corona-Pandemie konnten Versicherte trotz anerkanntem Reha-Bedarf keine Rehabilitationsleistung erhalten?	55
Tabelle 43	(E - V73) Welche Gruppe hat das aus Ihrer Sicht am meisten betroffen?	55
Tabelle 44	(E – V94) Haben Patienten aus Angst vor Corona ihre Rehabilitation nicht angetreten?	56
Tabelle 45	(E – V76) Einschränkungen von Leistungsangeboten in Rehabilitationseinrichtungen	56
Tabelle 46	(E – V82) Änderungen des Rehabilitationskonzept durch die Leistungserbringer	57
Tabelle 47	(E – V78) Die erreichbaren Reha-Ziele konnten trotz Einschränkungen der Leistungsangebote im Wesentlichen erreicht werden.	57
Tabelle 48	(E – V84) Erschwert die Corona-Pandemie Nachsorge und Weiterbehandlung?	58
Tabelle 49	(B – V150) Konnte die Betreuung durch das medizinische Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) stattfinden?	62
Tabelle 50	(B – V151) Ersatzangebote für das MZEB	62

Tabelle 51	(B – V152) Folgen für ausgefallene oder sehr eingeschränkte Betreuung im MZEB.....	62
Tabelle 52	(B – V153) Konnte die Betreuung durch die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) stattfinden?.....	63
Tabelle 53	(B – V154) Ersatzangebote für die PIA	63
Tabelle 54	(B – V1559) Folgen des Ausfalls oder Einschränkungen der Betreuung durch die PIA.....	64
Tabelle 55	(A – V 43) War die Betreuung für Sie aufgrund der Corona-Pandemie mit größeren körperlichen Belastungen verbunden?	65
Tabelle 56	(A – V 44) War die Betreuung für Sie aufgrund der Corona-Pandemie mit größeren seelischen Belastungen verbunden?	65
Tabelle 57	(A – V 47) Hätten Sie sich Assistenz gewünscht?.....	66
Tabelle 58	(A – V 46a) Fiel der Assistenzdienst zeitweise aus?.....	66
Tabelle 59	(A – V 46b) Konnte der Alltag trotz Ausfall der Assistenz bewältigt werden? ..	66
Tabelle 60	(A – V 46c) War den Betreuten trotz des Ausfalls der Assistenz der Besuch der Einrichtung (z. B. Kita, Schule, Hochschule) oder die Berufstätigkeit möglich? ..	67
Tabelle 61	(A – V42) Was ist nach Ihren Erfahrungen der vergangenen Monate bei Fortgang der Corona-Pandemie besonders wichtig und sollte gestärkt werden?	67
Tabelle 62	(E – V32 neu) Vollständige und teilweise Schließungen der Einrichtungen.....	75
Tabelle 63	(E – V31) Für wie viele Wochen war Ihre Einrichtung vollständig geschlossen?	75
Tabelle 64	(E – V 37) Gründe für die teilweise oder vollständige Schließung	76
Tabelle 65	(E – V8) Gibt es in Ihrer Einrichtung durch die Corona-Pandemie bedingte Einschränkungen der Versorgung für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit oder chronischen Erkrankungen?.....	76
Tabelle 66	(E – V 20) Hatten Sie nachgewiesene Infektionen mit dem Corona-Virus bei Nutzerinnen und Nutzern Ihrer Einrichtung?	77
Tabelle 67	(E – V31) Welche Auswirkungen hatten die Vorschriften und Beschränkungen im Zuge der Pandemiebekämpfung auf die Personalsituation und das Personalmanagement in Ihrer Einrichtung	77
Tabelle 68	(E – V10) Gründe für zusätzliche, durch die Corona-Pandemie bedingte Belastungen für die Mitarbeiter.....	78
Tabelle 69	(E – V11) Inwiefern trifft die folgende Aussage zu: In der Zeit nach dem Lockdown im Frühjahr ist die Belastung der Mitarbeiter durch Digitalisierung und Homeoffice gegenüber dem Normalbetrieb angestiegen.	79
Tabelle 70	(E - V12) Wodurch ist die Belastung angestiegen?.....	79
Tabelle 71	(E –V14) Die Mitarbeitenden klagen insgesamt über Doppelbelastung durch pandemiebedingte Mehraufwände in der Familie (Kinderbetreuung, Pflegebedürftige etc.)	80
Tabelle 72	(E – V16) Führten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie psychische Probleme und Erschöpfung als Auswirkungen der Corona-bedingten Mehrbelastung zu einem höheren Krankenstand?.....	80

Tabelle 73	(E – V19) Die Corona-bedingten Ausfälle bei den Mitarbeitenden haben die Umsetzung der Aufgaben der Einrichtung gefährdet.	80
Tabelle 74	(E – V17) Wurde für Mitarbeiter mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen eine individuelle Gefährdungsbeurteilung eingeleitet?.....	81
Tabelle 75	(E – V22) Wurden in Ihrer Einrichtung auch Gefährdungsbeurteilungen für Nutzerinnen und Nutzer, insbesondere bei einer Zuordnung zu einer Risikogruppe, durchgeführt, um Besuchseinschränkungen oder Einschränkungen bei der Inanspruchnahme von Angeboten festzulegen?	81
Tabelle 76	(E – V23) Wurden Sie über die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise zum Umgang mit der Corona-Pandemie rechtzeitig informiert?.....	82
Tabelle 77	(E - V24) Waren die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise ausreichend klar?.....	82
Tabelle 78	(E - V25) Waren die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise aus Ihrer Sicht inhaltlich angemessen?	82
Tabelle 79	(E – V27) Waren die staatlichen/behördlichen Anordnungen, Regelungen und Hinweise umsetzbar?	84
Tabelle 80	(E - V30) Wie funktionierte die Kooperation mit den Gesundheitsbehörden? ..	85
Tabelle 81	(E – V56) Indikationsschwerpunkte der stationären und ambulanten/mobilen Rehabilitation.....	85
Tabelle 82	(E – V60) Wurden Sie durch landesrechtliche Anordnungen zu folgenden Maßnahmen verpflichtet?	86
Tabelle 83	Belegungseinbrüche.....	86
Tabelle 84	(E – V65-1) Wie hoch würden Sie nach Ihren bisherigen Erfahrungen mit der Pandemie die Belegungseinschränkung für das Jahr 2021 ungefähr einschätzen?- Stationäre Rehabilitation	87
Tabelle 85	(E – V65-2) Wie hoch würden Sie nach Ihren bisherigen Erfahrungen mit der Pandemie die Belegungseinschränkung für das Jahr 2021 ungefähr einschätzen?- Ambulante Rehabilitation	87
Tabelle 86	(E – V68) Haben Sie als Einrichtung im Zeitraum bis Oktober 2020 wegen der Corona-Pandemie Ausgleichszahlungen erhalten?	88
Tabelle 87	(E – V91) Gibt es Personengruppen, die (nach Abbruch oder Verschiebung einer Rehabilitation) an dadurch bedingten Gesundheitsverschlechterungen besonders gelitten haben?	89
Tabelle 88	(E – V95) Welche hauptsächlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie sehen Sie im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation und die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen?	90
Tabelle 89	(E – V96) Auswirkungen für die medizinische Rehabilitation und Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit oder chronischen Erkrankungen insgesamt	90
Tabelle 90	(E – V97) Auswirkungen für die Einrichtungen und Dienste der Rehabilitation und Gesundheitsversorgung	91

Tabelle 91	(T – V51) Aus welchen Gründen mussten Einrichtungen/Dienste, die in Ihrem Auftrag Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, wegen der Corona-Pandemie vollständig schließen oder ihre Angebote reduzieren?96
Tabelle 92	(T – V55) Welche Veränderungen haben die Einrichtungen/Dienste selbst als Anpassung an die Corona-Pandemie vorgenommen?.....97