

20. April 2020

## **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, 16:16 Uhr**

### **A. Herausforderungen durch die Corona-Pandemie für die Rehabilitation**

Die Corona-Pandemie hat auf zahlreiche Lebensbereiche erhebliche Auswirkungen, so auch auf das Gesundheitswesen und die Angebote der Rehabilitation. Staat und Gesellschaft unternehmen erhebliche Anstrengungen, die Akutbehandlung sicherzustellen, den Anstieg der Erkrankungsrate zu verzögern, um damit eine Überforderung des Gesundheitswesens zu vermeiden und zugleich die Auswirkungen auf Dienste und Einrichtungen sowohl kurz- als auch mittel- und langfristig möglichst gering zu halten. Dabei geht es auch um die Aufrechterhaltung der notwendigen Versorgung kranker oder behinderter Bürger mit Leistungen der Krankenbehandlung und der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation, soweit sie notwendig ist und unter den gegebenen Bedingungen möglich gemacht werden kann.

Durch die Kontaktbeschränkungen und Quarantänemaßnahmen, durch die Nicht-inanspruchnahme von Leistungen, den Ausfall von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie die erhöhten Aufwendungen im laufenden Betrieb ist das System der Rehabilitation in all seinen Bereichen betroffen: Notwendige Leistungen für die Betroffenen können nicht oder kaum erbracht werden, die Existenz vieler Einrichtungen und Dienste ist gefährdet.

- In der medizinischen Rehabilitation fallen Leistungen aus, werden verkürzt oder (in geringem Umfang) durch telemedizinische Angebote ersetzt. Es werden Einrichtungen geschlossen oder für die Akut- bzw. Pflegeversorgung umgewidmet. Dadurch können notwendige Reha-Leistungen für die Leistungsberechtigten, abgesehen von dringlichen Fällen der Anschlussrehabilitation, nicht oder nicht im notwendigen Umfang erbracht werden. Dies gilt z. B. auch für die Frühförderung.
- In der beruflichen Rehabilitation können Leistungen nicht erbracht und nur schwer ersetzt werden. Werkstätten für behinderte Menschen und Tagesförderstätten werden geschlossen, allenfalls eine Notbetreuung eingerichtet, ebenso Internate und berufsbildende Schulen.
- Erziehungs- und Bildungsangebote in Kitas, an Schulen, Fachschulen und Hochschulen werden ausgesetzt. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und die in diesem Zusammenhang erfolgenden weiteren Leistungen, wie z. B. die einrichtungsbezogene Heil- und Hilfsmittelversorgung entfallen deshalb weitgehend.
- Bei den Leistungen zur Sozialen Teilhabe können die stationären Leistungen nur unter starken Beschränkungen erbracht werden, teilstationäre (z. B. Tagesförderung), ambulante und zugehende Leistungen fallen aus oder werden eingeschränkt, sei es um Kontakte zu vermeiden, sei es aus Mangel an Mitarbeitenden.

Sofern überhaupt Leistungen erbracht werden, muss dies oft noch immer ohne Schutzausrüstung oder ausreichende Desinfektionsmittel geschehen, so dass ein Schutz vor Ansteckung nicht gewährleistet ist.

Auch weitere Leistungen, die für Menschen mit (drohender) Behinderung von zentraler Bedeutung für die Erhaltung der Gesundheit, der Bewältigung von Krankheit und für die Ermöglichung von Teilhabe sind, können nur eingeschränkt erbracht werden, z. B. die ärztliche Behandlung, die Heil- und Hilfsmittelversorgung, die Soziotherapie, die stationäre und ambulante Pflege u. v. a.

Die Verschiebung elektiver Eingriffe, die Vermeidung notwendiger Krankenhausbehandlungen trotz akuter Gesundheitsprobleme aus Scheu vor Ansteckung sowie das massive Herunterfahren der medizinischen Reha (außer der AHB) bedeutet, dass Gesundheits-, Reha- und Teilhabechancen derzeit nicht genutzt werden und ein höherer Reha-Bedarf "nach Corona" absehbar ist.

Das alles bedeutet, dass für eine große Gruppe der Bevölkerung mit Bedarf an Teilhabeleistungen die Ziele der Rehabilitation nach § 4 SGB IX für einen noch unbestimmten Zeitraum nicht oder nur sehr eingeschränkt erreicht werden können. Dabei sind gerade Familien mit behinderten Angehörigen besonders betroffen, wie zahlreiche Anzeigen unserer Mitglieder belegen: Zum einen werden behinderte Menschen, oft zu Unrecht, den Risikogruppen zugeordnet und deshalb von der Versorgung ausgeschlossen, zum anderen bleiben die Familien mit den oft umfangreichen Betreuungsleistungen allein. Prekäre Lebenslagen von Alleinerziehenden, Menschen in Armut oder in besonders schwierigen Familiensituationen, aber auch von allein lebenden Menschen mit Behinderungen mit geringen Selbsthilferessourcen führen zu Konflikten und massiven Belastungen, die dann oft gerade die behinderten Menschen betreffen.

## **B. Bewältigungsstrategien der Corona-Pandemie im Interesse von Menschen mit (drohenden) Behinderungen für den Bereich der Rehabilitation**

In dieser Situation unterstützt die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) alle geeigneten Maßnahmen, die unter den Bedingungen der Pandemie den folgenden Zielen dienen:

1. Eindämmung der Neuinfektionsraten
2. Gewährleistung eines ausreichenden Arbeitsschutzes für gefährdete Arbeitnehmerinnen<sup>1</sup> und Schutz besonders gefährdeter Bürger
3. Optimale Behandlung der akut erkrankten Bürger mit und ohne Corona-Infektion
4. Sicherstellung der umfassenden Behandlung auch bei chronischen Krankheiten
5. Förderung der Bewältigung von krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen und damit der Teilhabe auch unter den Bedingungen der akuten Pandemie sowie der nachfolgenden Phasen des Abklingens oder ihres ggf. wellenförmigen Verlaufes
6. Sicherstellung des Fortbestandes aller Reha-Einrichtungen und -Dienste ohne Entlassungen von Mitarbeitenden oder Aufgabe von Betriebsstätten
7. Fortlaufende Teilhabeleistungen bei dringenden Bedarfen und unverzügliche Wiederaufnahme der Tätigkeiten von Reha-Diensten und -Einrichtungen in vollem Umfang
8. Ökonomische Absicherung der Träger (Schutz vor Insolvenz), ihrer Beschäftigten und der Rehabilitanden sowie der Bürger, die einen Rehabedarf aufweisen, ohne derzeit Leistungen zur Teilhabe tatsächlich erhalten zu können

Deshalb begrüßt die DVfR die umfangreichen Maßnahmen und Regelungen, die zur Erreichung dieser Ziele für den Bereich der Rehabilitation getroffen wurden, aus dem Bereich der Gesetzgebung, insbesondere

- das Gesetz für den erleichterten Zugang zu sozialer Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 (Sozialschutz-Paket) vom 27.03.2020,

---

<sup>1</sup> Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird stellenweise nur die männliche oder nur die weibliche Form genannt; es sind aber alle Menschen jeden Geschlechts gleichermaßen gemeint.

- das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27.03.2020,
- das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Infektionsschutzgesetz) vom 27.03.2020.

Hinzu kommen zahlreiche Hinweise, Handreichungen und Regelungen der verantwortlichen Akteure in der Gesundheitsversorgung und der Rehabilitation.

In diesem Zusammenhang wird auch die Vorlage eines Referentenentwurfes des Bundesministeriums für Gesundheit begrüßt: „Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Schutz der Versorgungsstrukturen im Bereich der zahnärztlichen Versorgung, Heilmittelversorgung, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen und der Pflegehilfsmittelversorgung vor Gefährdungen infolge wirtschaftlicher Auswirkungen der SARS-CoV-2-Epidemie (SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung) Stand 16.04.2020, 16:16 Uhr“.

Allerdings sieht die DVfR hier noch einen erheblichen **Ergänzungsbedarf**. Aus Sicht der DVfR gibt es im Bereich der Rehabilitation und anderer Sozialleistungen für Menschen mit chronischer Krankheit, Pflegebedarf bzw. Behinderung relevante Regelungslücken, die durch den Verordnungsgeber zu schließen sind. Diese bestehen vorwiegend für den Geltungsbereich des SGB V, das im Sozialschutzpaket ausgeklammert ist, und sind im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz sowie nach dem derzeitigen Stand auch durch die SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung nicht geschlossen worden.

Dazu werden im Hinblick auf die aktuelle Situation und die nächsten Monate drei wesentliche Strategien für den Bereich der Rehabilitation und der Teilhabeförderung formuliert. Notwendig sind:

1. Existenzsichernde Maßnahmen für Dienste und Einrichtungen wegen des Ausfalls von Klienten und Mitarbeitenden und damit von abrechenbaren Behandlungs-/Versorgungsfällen
2. Sicherung der Weiterversorgung u. a. durch Tele- und Videokommunikation und deren angemessener Vergütung, auch unter Berücksichtigung ggf. entstehender erhöhter Aufwendungen (Abstandsregelungen, Schutzkleidungsbedarf, Senkung der Behandlungsfrequenzen etc.)
3. Sicherung der Weiterversorgung durch ausreichende Versorgung mit persönlichen Schutzausrüstungen

Stets sind bei den Lösungsstrategien die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer und nicht nur die von Einrichtungen und Diensten zu beachten.

## **C. Regelungsbedarfe zur Sicherstellung der Versorgung und der Existenz von Einrichtungen und Diensten – Vorschläge zur Aufnahme in die SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung**

### **I. Existenzsicherung bei Erlösausfällen in Einrichtungen und Diensten für Menschen mit Behinderungen**

Eine Existenzsicherung sollte greifen, wenn das vorhandene Personal nicht in der Akutversorgung eingesetzt werden kann und die Erlösausfälle mehr als 15 % der durchschnittlichen Fallzahlen der Vorjahresvergleichs quartale ausmachen. Die Regelungen sollten befristet werden. Bzgl. der Regelungsdetails verweist die DVfR auf die Stellungnahmen ihrer Mitglieder und Kooperationspartner, wie z. B. der Diakonie, der Caritas, des Paritätischen u. a.

## **1. Existenzsicherung bei Erlösausfällen in Einrichtungen und Diensten der ambulanten und mobilen Rehabilitation sowie der medizinischen Vorsorge**

Die mobilen Rehabilitationsdienste, für deren gesetzliche Verankerung und möglichst breite Institutionalisierung sich neben der DVfR, der Diakonie vor allem das BMG und zahlreiche Politikerinnen und Politiker aller Parteien engagiert haben, dürfen der Corona-Krise nicht zum Opfer fallen. Sie stellen eine Reha-Form dar, die besonders für die Menschen geeignet ist, die ihre Häuslichkeit nicht oder kaum verlassen können. Zu nennen sind insbesondere geriatrische und pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit komplexen Behinderungen.

Neben der stationären medizinischen Rehabilitation, die bereits über die erste Version des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes erfasst sind, benötigen auch Angebote der ambulanten und teilstationären medizinischen Rehabilitation sowie der ambulanten Reha-Nachsorge die Möglichkeit auf Erstattung ihrer Einnahmeausfälle.

So sind die Anbieter ambulanter Rehabilitation mit Versorgungsverträgen nach § 111c SGB V auf Zuschüsse angewiesen, um Erlösausfälle zu kompensieren.

Deshalb sind Regelungen erforderlich, die die Fortexistenz auch der Einrichtungen der ambulanten und mobilen Rehabilitation (Verträge nach § 111c SGB V) sowie der medizinischen Vorsorge (§ 111a SGB V) ermöglichen. Nur so können die Einrichtungen einschl. ihrer qualifizierten Mitarbeiterschaft erhalten und ihre Einsatzfähigkeit nach der Corona-Pandemie gewährleistet werden.

Insofern sollte vorgesehen werden, dass auch Einrichtungen mit Verträgen nach § 111a und 111c für die Ausfälle der Einnahmen, die seit dem 16. März 2020 dadurch entstehen, dass Betten bzw. Behandlungsplätze nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten können.

Bei den Vergütungsregelungen sind ggf. erhöhte Kosten durch Schutzkleidung oder organisatorische Maßnahmen zu berücksichtigen (vgl. z. B. auch: Schreiben der BAG Mobile Rehabilitation vom 18.04.2020).

## **2. Existenzsicherung durch Erlösausfälle bei der interdisziplinären Frühförderung: Klarstellung durch BMAS und BMG: Die Erbringung medizinisch-therapeutischer Leistungen im Rahmen der Komplexleistung nach § 46 SGB IX fällt auch dann unter die Bestimmungen des SodEG, wenn Sie durch gesetzliche Krankenkassen finanziert werden.**

Sowohl Frühförderstellen, die heilpädagogische Leistungen (nach § 79 SGB IX) erbringen, als auch die Komplexleistung der interdisziplinären Frühförderung (IFF, § 46 SGB IX) fallen für den Leistungsbestandteil nach dem SGB IX unter den Schutz des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes (SodEG). Gegenwärtig werden viele Leistungen der Frühförderung ausgesetzt, da die Eltern Angst vor der Infizierung ihrer Kinder haben, die aufgrund ihrer komplexen Gesundheitsbeeinträchtigung zu den Hochrisikogruppen für SARS-CoV-2 gehören könnten. Die Leistungsträger der Sozialen Teilhabe finanzieren die Leistung auch bei Leistungsausfall überwiegend weiter. Von Krankenkassen als den zuständigen Leistungsträgern für die Finanzierung der medizinisch-therapeutischen Leistungen wird berichtet, dass sie deren Finanzierung nicht übernehmen. Eine telefonische oder digitale Leistungserbringung kommt für diese Leistungen bei diesem Patientenkreis nur in begrenztem Umfang in Betracht.

Nach Auffassung der DVfR ist hier eine Klarstellung der gesetzlichen Regelung im SodEG in Bezug auf die medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung nach § 46 SGB IX erforderlich. Das heißt, dass die Komplexleistung nach § 46 SGB IX auch dann unter die Bestimmungen des SodEG fallen, wenn sie durch gesetzliche

Krankenkassen finanziert werden. Sollte dieser Anregung nicht gefolgt werden, müsste eine entsprechende Regelung im SGB V vorgenommen werden.

### **3. Existenzsicherung bei Erlösausfällen für die Erbringer ergänzender Leistungen zur Rehabilitation nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX i. V. m. mit § 43 SGB V (Funktionstraining und Rehabilitationssport)**

Funktionstraining und Rehabilitationssport sind als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation im SGB V und im SGB IX geregelt (§ 43 SGB V und § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX). Dies führt dazu, dass Leistungserbringer des Rehabilitationssportes und des Funktionstrainings größtenteils nicht abgesichert sind, obwohl laufende Kosten (wie Mietzahlungen) weiterhin anfallen. Die Angebote werden derzeit zur Kontaktreduzierung ausgesetzt, da sie Gruppenangebote darstellen. Die Finanzierung erfolgt – neben der Rentenversicherung – durch die Krankenkassen auf der Grundlage des § 43 Absatz 1 SGB V. Daher gilt es diesen Bereich der Rehabilitationsleistungen, die im Regelungsbereich des SGB V liegen, abzusichern.

Insofern sollte, z. B. durch einen Zusatz zu § 43 SGB V, geregelt werden, dass auch Träger von Leistungen nach § 43 Abs. 1 SGB V für die Ausfälle der Einnahmen, die seit dem 16.03.2020 dadurch entstehen, dass die Gruppen abgesagt werden müssen, in Höhe der geplanten Inanspruchnahme, wie sie vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie vorgesehen war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten können. Bei Wiederaufnahme der Leistungen sind ggf. erforderliche Zusatzkosten, die durch Schutzkleidung oder organisatorische Maßnahmen entstehen, bei den Vergütungsregelungen zu berücksichtigen.

### **4. Existenzsicherung für Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und Medizinische Behandlungszentren (MZEB)**

Bei den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ, § 119 SGB V i. V. m. § 43a SGB V), Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA, § 118 SGB V) und den Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB, § 119c SGB V) fallen in erheblichem Umfang pandemiebedingt Patientenkontakte und die entsprechenden Behandlungsleistungen aus. Diese Einrichtungen sind ohne Ausgleichszahlungen nicht überlebensfähig.

Die Krankenkassen haben zwar die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung nach § 120 Absatz 2 Satz 3 zu gewährleisten. Die Sondersituation eines pandemisch verursachten Leistungsausfalls ist jedoch mit dieser Formulierung nicht gedeckt. Daher bedarf es einer gesetzgeberischen Grundlage für die Änderung der Vergütungsregelungen.

Insofern sollte, z. B. durch einen Zusatz zu § 120 SGB V, geregelt werden, dass auch Träger von Leistungen nach den §§ 119, 43a, 118 und 119c SGB V für die Ausfälle der Einnahmen, die seit dem 16.03.2020 dadurch entstehen, dass Behandlungen nicht stattfinden können, in Höhe der geplanten Inanspruchnahme, wie sie vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie vorgesehen war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten können. Bei den MZEB ist zu berücksichtigen, dass aufgrund einer Neugründung mancher Zentren noch keine Vorjahresquartale zum Vergleich herangezogen werden können. Bei Wiederaufnahme der Leistungen sind ggf. erforderliche Zusatzkosten, die durch Schutzkleidung oder organisatorische Maßnahmen entstehen, bei den Vergütungsregelungen zu berücksichtigen.

### **5. Existenzsicherung bei Ausfällen bei weiteren Diensten und Einrichtungen**

Auch andere Dienste und Einrichtungen, die nicht dem Bereich der Rehabilitation zuzuordnen sind, bieten wichtige Unterstützungsleistungen für Menschen mit chronischen Krankheiten und

(drohenden) Behinderungen, auf die diese dringend angewiesen sind, auch um deren Teilhabe zu ermöglichen oder zu verbessern. Auf die Notwendigkeit der Existenzsicherung auch für diese Einrichtungen will die DVfR zumindest hinweisen. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Dienste und Einrichtungen:

- a. Soziotherapie nach § 37a SGB V
- b. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V
- c. Familienpflegerische Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V
- d. Ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize nach § 39a SGB V
- e. Geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a
- f. Leistungen der Verbände und Organisationen der Selbsthilfe (z. B. nach § 20 h SGB V)

Zu Einzelheiten wird auf die Stellungnahme der BAGFW verwiesen.

## **II. Sicherung der Weiterversorgung durch Beratungs- und Betreuungsleistungen mittels Tele- und Videokommunikation und deren angemessene Vergütung unter Berücksichtigung ggf. entstehender erhöhter Aufwendungen**

Menschen mit Behinderungen, v. a. mehrfach und sehr schwer behinderte Menschen, benötigen auch während der Corona-Pandemie oft eine fachlich besonders kompetente und spezialisierte Versorgung. Oft ist eine hausärztliche Betreuung nicht ausreichend. Fortlaufende spezielle Behandlungen dürfen oft nicht unterbrochen werden, z. B. in der Epilepsitherapie, bei der Hilfsmittelversorgung, bei speziellen Fragen der Ernährung, der Wundversorgung etc. Nicht zuletzt gilt dies auch für heilpädagogische, psychologische oder sozialpädagogische Beratungen, insbesondere bei familiären Krisensituationen, die sich während der Pandemie zuspitzen können oder bei situationsbedingt massiv verstärkten Verhaltensauffälligkeiten, z. B. bei Menschen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (Autismus), Angst- und Zwangserkrankungen etc., zumal andere Unterstützungsleistungen z. B. in Förderstätten, Werkstätten oder Therapiegruppen pandemiebedingt meist entfallen müssen.

In vielen Fällen kann hier eine telefonische oder videogestützte Beratung und Begleitung helfen, insbesondere dann, wenn sich Klient und Behandler kennen und oft langjährig verbunden sind. Zudem sind ärztliche Verordnungen von Medikamenten, der Krankenpflege, von Hilfsmitteln ggf. auch durch spezialisierte Leistungserbringer sicherzustellen. Gerade behinderten Menschen und ihren Familien dürfen wichtige Unterstützungsleistungen und Behandlungsangebote nicht vorenthalten werden. Deshalb bieten viele Einrichtungen und Dienste, oft unter hohem Aufwand, Notsprechstunden oder Notversorgungsprogramme an.

Um direkte Kontakte zu vermeiden, ist es aber oft erforderlich, die Behandlung, Beratung und Betreuung ggf. telefonisch oder in Form einer Videosprechstunde sicherzustellen. Dabei ist im Einzelfall zu prüfen, ob und in welchem Umfang dies möglich ist und eine Weiterversorgung gelingen kann. Dazu ist es erforderlich, dass auch solche Behandlungs- und Beratungsformen als mögliche Form der Leistungserbringung anerkannt und angemessen vergütet werden. Bei der Vergütung ist nicht nur der einzelne telefonische Kontakt zu würdigen, sondern die Gesamtleistung der Weiterversorgung durch die Dienste und Einrichtungen sowie Mehraufwendungen durch Schutzkleidung oder organisatorische Maßnahmen.

Deshalb sollte durch den Ordnungsgeber klargestellt werden, dass zur Aufrechterhaltung der Versorgung die Vergütung der Leistungen befristet bis zum 30.09.2020 auch dann in voller Höhe erfolgt, wenn diese telefonisch oder mittels sicherer digitaler Kommunikation erfolgt, soweit dies nicht schon durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geschehen ist.

Dies sollte für Leistungen der folgenden Einrichtungen und Dienste gelten:

- Einrichtungen der ambulanten und mobilen Rehabilitation,
- Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) einschl. Leistungen nach § 43a SGB V, Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), Medizinische Behandlungszentren für erwachsene

Menschen mit geistigen oder schweren mehrfachen Behinderungen (MZEB) einschl. Leistungen nach § 43b SGB V sowie Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V),

- Geriatrische Institutsambulanzen,
- Träger von Funktionstraining und den Rehabilitationssport und ggf. anderen Leistungserbringern nach § 43 SGB V, sofern entsprechende Anleitungen zu Übungen methodisch und didaktisch angemessen zur Verfügung gestellt werden,
- Leistungserbringer der Soziotherapie,
- Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmitteln.

Bei der Verwendung IT-gestützter Behandlungs- und Beratungsformen ist auf umfassende Barrierefreiheit besonders Wert zu legen und die Aufwendungen hierfür bei den Vergütungen zu berücksichtigen.

### **III. Sicherstellung einer ausreichenden Ausstattung mit Schutzkleidung und Desinfektionsmitteln im gesamten Reha-System zur Behandlung während der Corona-Pandemie**

Auch unter den Bedingungen der Corona-Pandemie können dringende Rehabilitationsbedarfe, sei es im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, der Frühförderung, der Assistenzleistungen, ggf. auch der Bildung, bestehen, die eine persönliche Betreuung erfordern. Damit dies, ggf. auch in Einzelsettings, erfolgen kann, ist zur Verhütung weiterer Infektionen zum Schutz von Rehabilitanden und Mitarbeitenden eine Ausstattung mit Schutzkleidung erforderlich, die jeweils gewechselt werden kann. Die dazu notwendigen Ressourcen sind derzeit nicht bzw. nicht flächendeckend verfügbar. Bei der Schaffung der Ressourcen ist der Bereich der Rehabilitation vollumfänglich zu berücksichtigen und darf gegenüber den anderen Bereichen nicht vernachlässigt werden.

### **D. Zur Akutversorgung von Menschen mit schweren Behinderungen und umfassendem Pflegebedarf**

Die DVfR weist darauf hin, dass sichergestellt werden muss, dass Menschen mit schweren Behinderungen oder umfassendem Pflegebedarf auch während einer Pandemie in vollem Umfang die therapeutischen und rehabilitativen Leistungen barrierefrei erhalten, die sie benötigen. Dazu gehört auch das Angebot einer Anschlussrehabilitation. Die Möglichkeiten im Gesundheitswesen reichen aus, bei diesen Personengruppen keine Abstriche vorzunehmen oder ihnen Behandlungen vorzuenthalten, wie dies vereinzelt z. B. bei notwendiger Krankenhausbehandlung oder bei der Versorgung von Menschen mit Heimbeatmung berichtet wird.

Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass in Deutschland zurzeit keine Extremsituationen aufgetreten sind, die eine Triage erfordern. Die Veröffentlichung des Positionspapiers zur Triage von sieben Fachgesellschaften „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie – Klinisch-ethische Empfehlungen vom 25.03.2020“ hat eine Reihe kritischer Reaktionen hervorgerufen. (<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>). Der Bundesbeauftragte für die Belange behinderter Menschen z. B. hat dazu eine Bundestagsdebatte gefordert (Deutsches Ärzteblatt, 15.04.2020). Das Positionspaper von BODYS „Inklusion in Zeiten der Katastrophen-Medizin“ (<https://bodys.evh-bochum.de>) diskutiert dieses Positionspaper unter menschenrechtlichen Aspekten kritisch.

Aus Sicht der DVfR besteht hier in der Tat Handlungsbedarf. Denn das alleinige Vorhandensein von weit fortgeschrittenen generalisierten neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen kann kein ausreichendes Priorisierungskriterium sein. Hier gilt es, auch die Lebens- und Teilhaberechte sehr schwer behinderter Menschen, die oft schon Jahre mit schweren neurologischen Erkrankungen leben, zu beachten. Entscheidungen dürfen nicht ohne eine fachlich fundierte Berücksichtigung ihrer Teilhaberechte und -chancen unter

Beachtung rehabilitativer Strategien einschl. der Möglichkeiten der ambulanten Intensivpflege und der Eingliederungshilfe erfolgen. Erfolgt dies nicht, droht die Gefahr einer Ausgrenzung schwer behinderter Menschen aus der Akutbehandlung in einer Triage-Situation. Wenn es um die Frage geht, abzuwägen, wessen Leben angesichts Ressourcenknappheit gerettet werden soll – und wessen nicht –, soll und darf der Staat die medizinischen Verantwortlichen selbstverständlich nicht allein lassen. Er darf die Antwort auf diese Frage jedoch nicht allein medizinischen Fachgesellschaften und manchmal nicht einmal der Exekutive überlassen. Stattdessen sollten, ggf. zeitlich befristet, an den Menschenrechten orientierte Leitlinien in einem rechtsstaatlichen Verfahren unter Beteiligung der betroffenen Bürgerinnen und Bürger generiert werden. Behinderung darf weder unmittelbar noch mittelbar ein Kriterium für die Vorenthaltung oder Einstellung medizinischer Versorgung sein.

Es gibt eine Reihe von Beobachtungen, die die Befürchtung nähren, dass die speziellen Belange von Menschen mit Behinderungen und ihren Familien zu wenig beachtet werden (vgl. z. B. den offenen Brief des Kindernetzwerkes vom 07.04.2020). Diesem Thema hat sich u. a. auch die Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention in ihrer Stellungnahme „Das Recht auf gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen in der Corona-Pandemie“ vom April 2020 gewidmet. [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Stellungnahmen/Stellungnahme\\_Das\\_Recht\\_auf\\_gesundheitliche\\_Versorgung\\_von\\_Menschen\\_mit\\_Behinderungen\\_in\\_der\\_Corona-Pandemie.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/Stellungnahme_Das_Recht_auf_gesundheitliche_Versorgung_von_Menschen_mit_Behinderungen_in_der_Corona-Pandemie.pdf)

Die DVfR wird den entsprechenden menschenrechtlichen Diskurs einfordern und unterstützen und dabei besonders die Perspektive der im Alltag betroffenen Bürgerinnen und Bürger einbeziehen.

## **E. Mittelfristige und langfristige Herausforderungen**

Die DVfR macht darauf aufmerksam, dass die Corona-Pandemie eine Reihe mittel- und langfristiger Herausforderungen für das System der Rehabilitation mit sich bringt: Neben der Klärung der angesprochenen ethischen Fragen wird zu bewältigen sein, dass aufgeschobene Behandlungen, Rehaleistungen, Übungsbehandlungen, Beratung und Begleitung sowie materielle Einbußen gravierende Folgen für Gesundheit und Teilhabe haben. Dies wird voraussichtlich erhöhte Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe bedeuten. Auch wird zu prüfen sein, wie sich die Erfahrungen aus der Krise auf die Nachfrage und die Leistungsangebote qualitativ auswirken werden.

Die DVfR sieht es als wichtig an, den notwendigen Diskurs dazu offen zu führen und wird sich daran beteiligen. Ihre Mitglieder sind jetzt schon aufgerufen, dazu Beiträge zu leisten.

Heidelberg, den 20.04.2020



Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

Vorsitzender der DVfR

## **Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)**

Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg

Telefon: 06221 187 901-0

E-Mail: [sekretariat@dvfr.de](mailto:sekretariat@dvfr.de), Internet: [www.dvfr.de](http://www.dvfr.de)



## **Über die DVfR**

Die DVfR ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der die Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR und ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung. Grundsätzlich befasst sich die DVfR dabei mit allen Bereichen der Rehabilitation, also der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation, sowie auch Fragen der gezielten Prävention im Sinne ihres Leitbildes und ihrer Satzung.