

Bedarfe von COVID-19-Erkrankten in der medizinischen Rehabilitation

Perspektiven von Rehabilitationsteam und Rehabilitand*innen

Stefanie Gillitzer | Jana Stucke | Isabel Meier | Fadeke Berida | Thorsten Meyer-Feil

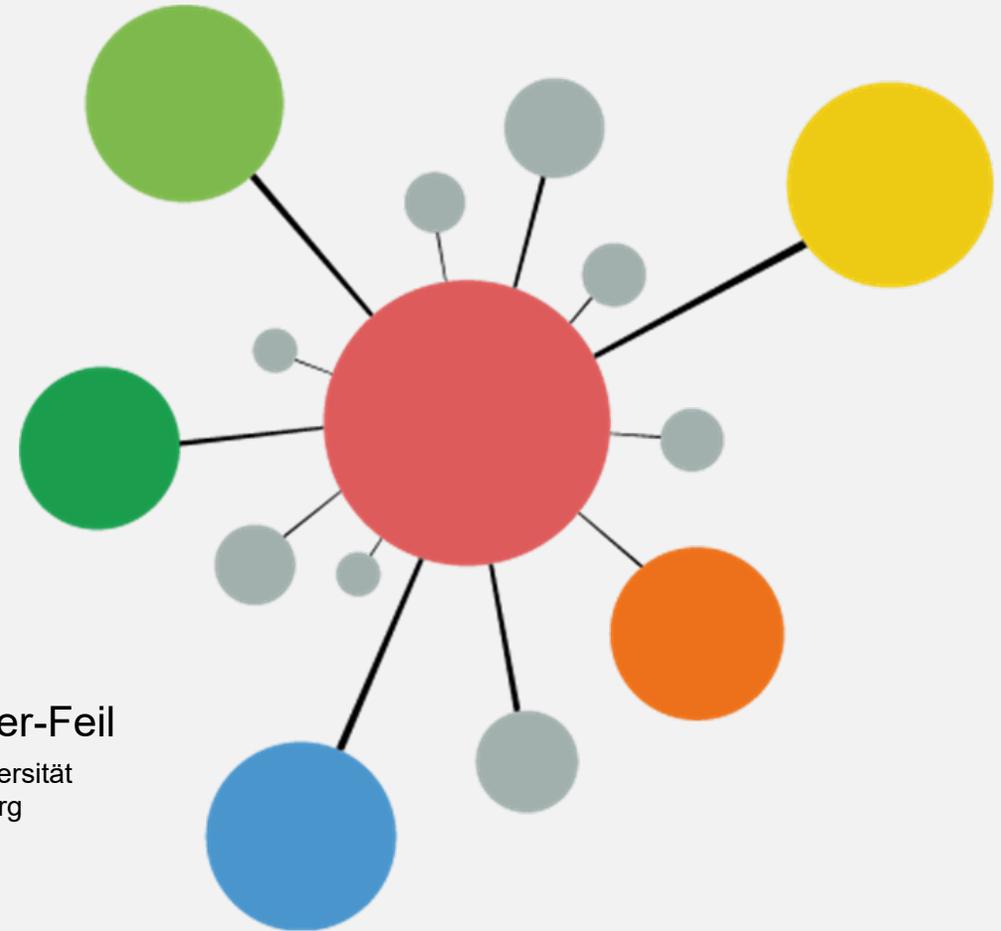
Universität
Bielefeld

Universität
Bielefeld

MZG Klinik
Martinusquelle

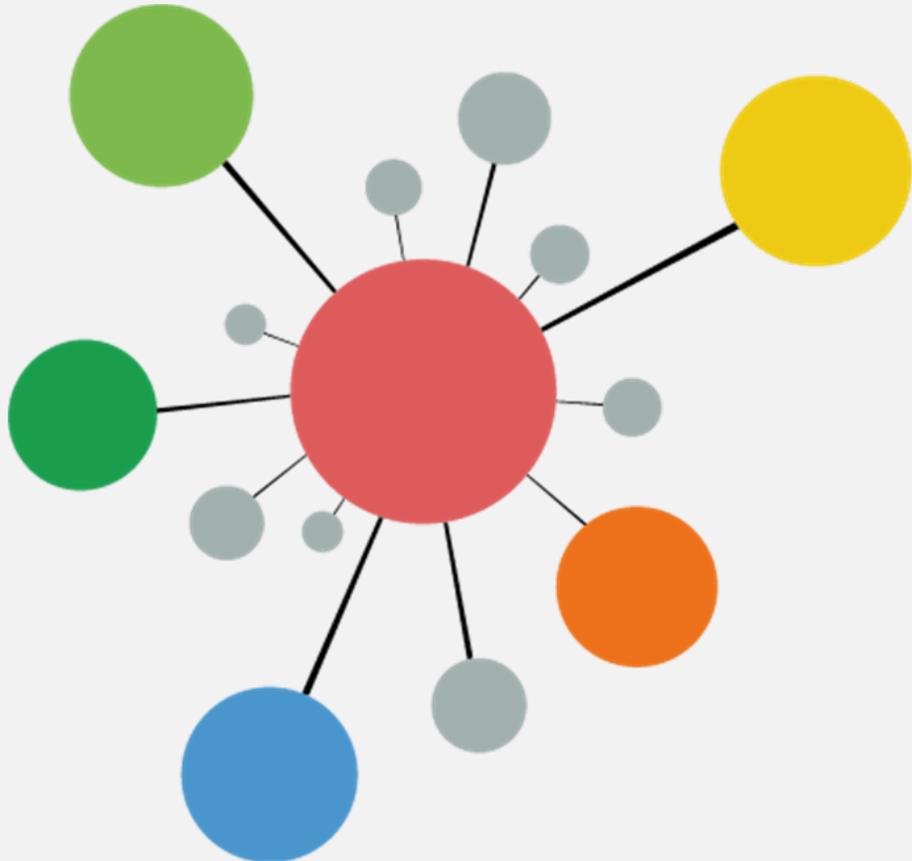
Universität
Bielefeld

Martin-Luther-Universität
Halle Wittenberg



Interessenskonflikt: Prof. Th. Meyer-Feil hatte bei der Beantragung und zu Beginn des Projektes die Stiftungsprofessur Rehabilitationswissenschaften | Rehabilitative Versorgungsforschung inne. Diese wurde von einer Stiftergruppe unterstützt, zu der u.a. Projektbeteiligte (Dr. Becker Klinikgruppe, MZG Bad Lippspringe) sowie DRV Westfalen gehören. Für die anderen Autorinnen liegt kein Interessenkonflikt vor.

Evaluation der Rehabilitation von Patient*innen mit COVID-19 (Eva-CoReha)



Ein Forschungsprojekt von:



Gefördert durch:



In Kooperation mit:



Ausgangspunkt

- Long-/Post-COVID-19: Vielzahl von Symptomen und Symptomkomplexen
- Medizinische Rehabilitation kann signifikante Verbesserungen erzielen
 - Alltagsrelevant?
- Neue Klientel für Rehakliniken

Fragestellung

- Inwiefern verändern sich Bedarfe und Bedürfnisse und damit Anforderungen an die Versorgung?
- Welche Erkenntnisse für eine optimierte Versorgung lassen sich daraus ableiten?

Methodik

Qualitative Nachbefragung

- Befragung **mind. 12 Monate nach Abschluss der Rehabilitation**
- Rekrutierung aus vorangegangener Fragebogenerhebung
 - **Maximum-Variation-Sampling** nach Geschlecht, Teilhabeeinschränkungen (IMET), Alter, Erkrankungszeitraum, Migrationshintergrund

- Fachbereiche: Kardiologie, Pneumologie, Neurologie
- Kategoriegeleitete Analyse nach Kuckartz

Expert*innenbefragung

- 3 Gruppendiskussionen** à 90 Minuten
 - 6-7 Mitarbeitende aus Psychologie, Pflege, Therapie (Sport, Physio, Ergo), Sozialdienst, Medizin, Leitung
- 5 vertiefende Expert*inneninterviews**
 - 2 Mediziner*innen (Kardiologie, Pneumologie), 1 Psychologischer Dienst, 2 Sozialarbeitende

Ergebnisse

Krankheits- und Versorgungserfahrungen der Rehabilitand*innen mind. 12 Monate nach der COVID-19-Rehabilitation

- einige TN beschreiben sich als (nahezu) genesen
- andere haben persistierende Symptome (z.T. 2 Jahre nach der Akuterkrankung (!))
- traumatische Erfahrungen, die bis heute belasten, Alpträume und (soziale) Ängste
- Symptommanagement und Versorgungsorganisation bestimmen den Alltag („**Kampf**“ um Versorgung und Anerkennung der Erkrankung)

„Als Betroffener kämpft man zum einen damit, dass es Ärzte ja gibt, die diese Krankheit an sich erstmal ablehnen und sagen, gibt es nicht. Und dann kämpft man damit dass eigentlich dieses ganze Hilfenetzwerk also natürlich nicht steht.“

Ergebnisse

Krankheits- und Versorgungserfahrungen der Rehabilitand*innen
mind. 12 Monate nach der COVID-19-Rehabilitation

Einschnitte in Biografien

- Verlust oder Neugewinn sozialer Kontakte/ Beziehungen
- Wechsel oder Aufgabe der berufl. Tätigkeit
- Einschränkungen in Produktivität, Freizeit und Selbstversorgung

Finanzielle Sorgen und Existenzängste

„Freizeitaktivitäten gibt's bis jetzt kaum. Dass ich ins Theater gehe in die Kneipe oder ins Kino. **Das ist mir zu anstrengend zu laut zu lang. So war ich früher nicht. Ich war früher gesellig jetzt bin ichs nimmer**“

„Ich muss wieder in Arbeit kommen, ich lebe aktuell unter Hartz IV Niveau. Aber was soll ich machen? Ich arbeite im Nachtdienst 10 Stunden und bin für 40 Leute verantwortlich. **Ich kann mich 20 Minuten konzentrieren das reicht vielleicht für Brötchenschmieren beim Bäcker.**“

Ergebnisse

Krankheitsverarbeitung der Rehabilitand*innen

Verzweiflung, Hilflosigkeit und Zukunftsängste

- insb., wenn Symptome diagnostisch nicht erklärbar,
- nur kleine Fortschritte im Verlauf,
- keine Prognosen möglich

Optimismus und Dankbarkeit

- Anpassung an neue Lebensrealität
- Akzeptanz der Einschränkungen
- Kleine Fortschritte als Erfolg

„Und ich weiß nicht, was ich noch machen kann [...], die Ärzte können mir nicht helfen [...] und ich bin eigentlich sowieso mit meinem Latein am Ende.“

„Das ist nicht mehr mein altes Leben. Es ist ein neues, ein anderes Leben. Aber, man kann auch mit so einem Leben zurechtkommen. Man muss die Krankheit annehmen.“

Ergebnisse

Beeinträchtigungen aus Sicht der Mitarbeitenden

- **Psychosoziale Problemlagen**

- Veränderungen der Lebensrealitäten und Perspektiven
- Frustration und Verzweiflung
- Sich nicht ernstgenommen fühlen
- Unverständnis der Gesellschaft

- **Sozialmedizinische Fragestellungen**

- Existenz- und Zukunftsängste
- Arbeits- und Berufsunfähigkeit

„Also ich finde auch es ist immer schwierig dann zu sagen es ist eine psychische Erkrankung. Das ist es nicht. Sondern es sind Einschränkungen, die Patienten wollen ihr altes Leben wieder haben, sie sind psychisch vorher nicht auffällig gewesen sehen dann mit einmal durch diese Einschränkung, sind sie frustriert im Alltag, können nicht mehr das leisten was sie vorher geleistet haben.“

Ergebnisse

Veränderungen der Reha-Bedarfe aus Sicht der Mitarbeitenden

Veränderungen der Bedarfe im Verlauf der Pandemie

- PICS vs. Long-/Post-COVID
- Verlagerung der Reha-Bedarfe von primär physischen hin zu neurokognitiven, psychosomatischen und sozialmedizinischen Problemfeldern

Kognitive Symptome in dem Ausmaß neu für Kardiologie und Pneumologie

Heterogene Problemlagen/ Belastbarkeit

- schwer einzuschätzen
- Leistungsfähigkeit heterogen, wechselhaft

Reha-Diagnostik nicht ausreichend, unsichere Prognosen, oft langfristige Reha-Bedarfe

„Wenn man so in der Pflege rumhört die sind ja jetzt nicht pflegerisch sehr schwer sondern wirklich so von der Psyche her. Also da sagt die Pflege ganz oft mein Gott die sind öfter hier bei uns am Stützpunkt wie die Älteren früher.“

„Ganz, ganz schwierig ist für uns ja auch, jetzt Prognose zu geben. [...] bei so einem neuen Krankheitsbild kann man dann ganz begrenzt nur Aussagen zu treffen.“

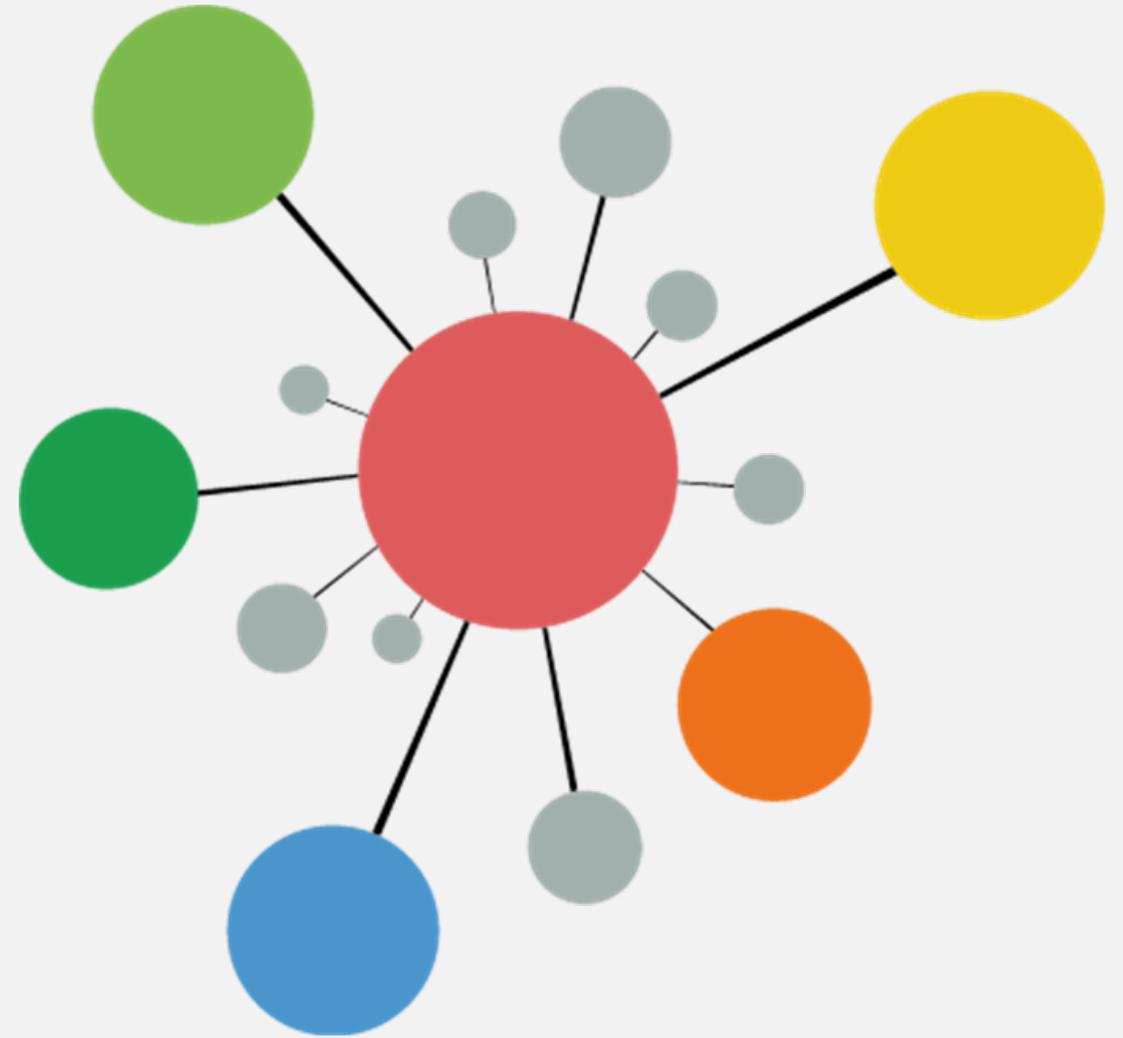
Ergebnisse

Bedarfe und Anforderungen an die Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitand*innen

- Mitsprache und Vertrauen in die eigene Einschätzung
- Austausch mit anderen Betroffenen
- Entwicklung von Strategien für das Symptommanagement
- Anpassung und Individualisierung des Therapiesettings, Regenerationszeiten
- „Long-/Post-COVID als Ganzes sehen“

„Ich hatte die Freiheit, mitgestalten zu dürfen-die Therapie mitgestalten zu dürfen. Ich hatte wirklich Mitspracherecht gehabt, wie viel ich machen kann, was ich machen kann. Die haben mir Vorschläge gemacht und ich durfte jede jederzeit korrigieren. Also sowas. Das war wirklich Wahnsinn.“

Überlegungen zur Optimierung der Versorgung



Überlegungen zur Optimierung der Versorgung

Gesundheitskommunikation

- Schaffen von Bewusstsein für Post-COVID-Folgen
- Klare Informationen für Patient*innen und medizinisches Personal und die breite Öffentlichkeit

Langfristigen Rehabilitationsbedarf anerkennen

- Schaffung von Unterstützungsstrukturen für Betroffene in der Nachsorge (z.B. multiprofessionelle Gesundheitsberatung/ Case-Managements, Telerehabilitation, langfristige Heilmittverordnungen)
- Umgang mit Arbeitsunfähigkeit: Zugang zu Beratung zu Leistungsansprüchen, Umschulungen

Überlegungen zur Optimierung der Versorgung

Ressourcen stärken

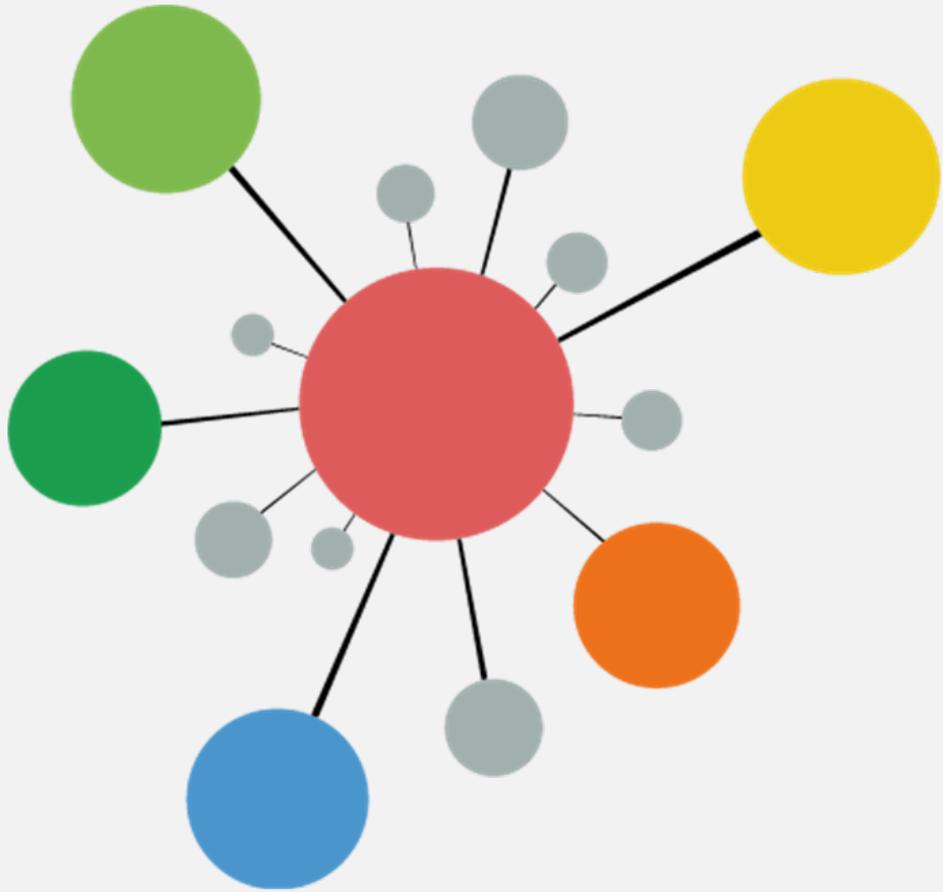
- mehr Zeit für Rehabilitand*innen
- Personelle Ressourcen aufstocken
- Finanzielle Ressourcen flexibler für die Versorgung einsetzen können

Mitarbeitendenanpassung und Schulungen

- Sensibilisierung für vielschichtige Bedürfnisse
- Schulungen bereitstellen, Updates
- Multi-/Interdisziplinarität fördern, indikationsübergreifende Angebote schaffen
- Psychosoziale Angebote stärken

Langzeitstudien

- Forschungsförderung für Langzeitstudien und Prognosemodelle



<https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/reha/projekte/evacoreha.xml>

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit.**