

Empfehlungen für die Überweisung von COVID-19-Patienten* in eine Rehabilitation nach einem Aufenthalt auf der Intensivstation**

Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI-SSMI), Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP-SSP), Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SGPMR-SSMPR), Schweizerische Gesellschaft für Neurorehabilitation (SGNR-SSNR), Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR-GSR), Swiss Working Group for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Sports Cardiology (SCPRS), Schweizerische Gesellschaft für Paraplegie (SSoP)

* Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt, es ist jedoch immer die weibliche Form mitgemeint.

** Diese Empfehlungen gelten auch für Patienten, welche mit einer SARS-CoV-2-Infektion ins Spital eingeliefert und nicht auf einer Intensivstation behandelt wurden, aber rehabilitationsbedürftige Funktionsstörungen aufweisen.

1. Hintergrund

Im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie wird ein signifikanter Anteil (ca. 20%) der mit SARS-CoV-2 infizierten Patienten spitalbedürftig und davon benötigen wiederum schätzungsweise 25 – 30% eine intensivmedizinische Behandlung.

Patienten, die eine schwere SARS-CoV-2 Infektion haben, leiden oft unter multisystemischen Schädigungen (Herz, Gefässe, Lunge, Nieren, Leber, Darm, zentrales und peripheres Nervensystem und Muskeln). Diese Patienten benötigen in den meisten Fällen eine mechanische Beatmung und es ist mit einem Intensivstationsaufenthalt von mehr als einer Woche zu rechnen; manche Patienten sind mehr als 20 Tage auf intensivmedizinische Massnahmen angewiesen. Diese langen Intensivstationsaufenthalte führen zu sehr weitreichenden, komplexen multisystemischen Funktionsstörungen mit entsprechenden Behinderungen und Folgeerkrankungen, die den meisten Patienten nicht erlauben, direkt aus dem Spital nach Hause entlassen zu werden. Deshalb benötigen diese Patienten die für sie am besten geeignete Rehabilitationsform, um ihre Autonomie und Lebensqualität so weit wie möglich wiederzuerlangen.

2. Folgen der SARS-CoV-2-Infektion und/oder eines verlängerten Aufenthalts auf der Intensivstation bei schwerer COVID-19-Erkrankung

Verschiedenste Krankheitsbilder und Funktionsstörungen können Folgen der Virusinfektion und des Intensivstationsaufenthaltes sein (Aufzählung nicht abschliessend):

- Eine Tetraparese, eventuell kombiniert mit Schluckstörungen, als Folge einer schweren Neuromyopathie („ICU aquired weakness“ = „critical illness polyneuromyopathy“)
- kognitive Störungen (mnestischer und exekutiver Funktionen) als Folge der Infektion, Intubationsdauer und Medikamente sowie neuropsychiatrische Einschränkungen.
- Dyspnoe und/oder Husten mit oder ohne schwere respiratorische Partial- oder sogar Globalinsuffizienz als Folge der langanhaltenden pulmonalen Gasaustauschstörung oder/und der reduzierten Lungencapazität
- Eine globale Dekonditionierung einhergehend mit einem Verlust der Autonomie für grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens
- Herz-Kreislauf Störungen und Funktionsschädigungen anderer innerer Organe
- Muskelfunktionsstörung durch direkte und indirekte Muskelschädigungen

Diese Krankheitsbilder oder Funktionsstörungen können parallel auftreten. Ihr Schweregrad hängt von der Schwere des Infektionsgeschehens, vom Alter des Patienten, den Komorbiditäten und der Dauer des Intensivaufenthaltes oder Spitalaufenthaltes und der Anzahl der betroffenen Körpersysteme ab.

3. Arten der Rehabilitation für COVID-19-Patienten

Je nach vorherrschendem Krankheitsbild, den bestehenden Funktionsstörungen und den Komorbiditäten werden verschiedene Rehabilitations-Kern-Kompetenzen benötigt, zum Beispiel:

- **Neurorehabilitation:** Ziel ist es, eine möglichst hohe Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltag wiederzuerlangen durch Verbesserung u.a. der Mobilität, der Motorik, der Koordination und der Kognition.
- **Pulmonale Rehabilitation:** Ziel ist die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität durch Massnahmen zur Reduktion von Dyspnoe, Husten und Hypoxämie sowie Steigerung der Lungenkapazität und der körperlichen Leistungsfähigkeit, Korrektur der Mangelernährung und Behandlung insbesondere der psychischen und kardialen Komorbiditäten.
- **Kardiovaskuläre Rehabilitation:** Verbesserung der Funktion von Herz und Kreislauf.
- **Internistische Rehabilitation:** Verbesserung der Funktionsfähigkeit und der Selbstständigkeit bei markanter Dysfunktion innerer Organe.
- **Muskuloskeletale Rehabilitation:** Rehabilitation zur Wiederherstellung (oder Verbesserung) der Bewegungsfähigkeit und Ausdauer nach direkten und indirekten Muskelschädigungen, sekundären Mobilitätsrestriktionen, lokomotorischen Dysfunktionen, Dekonditionierung, etc.
- **Geriatrische Rehabilitation:** Funktionsstörungen im Kontext der geriatrischen Polymorbidität/geriatrischen Riesen (häufigste geriatrietypische Syndrome)

Vgl. hierzu auch DefReha 2.0 (<https://www.hplus.ch/de/politik/defrehac/>): Ziel ist die Wiedererlangung oder mindestens teilweise Wiedererlangung der Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und damit die Wiedereingliederung in den Alltag und allenfalls in die Arbeitswelt.

Bei weniger schwer betroffenen Patienten, die nicht weiter stationär behandelt werden müssen, ist evtl. eine ambulante Rehabilitation sinnvoll.

4. Kriterien für die Wahl des Rehabilitationsprogramms

Die Wahl des Rehabilitationsprogramms hängt von den vorherrschenden Funktionsstörungen und der resultierenden Einschränkung sowie deren Rehabilitationspotenzial ab. Es ist darauf zu achten, dass die ausgewählte Institution wenn möglich alle vorhandenen Funktionsstörungen kompetent rehabilitieren kann, das heisst über die nötigen Kernkompetenzen verfügt. Dabei müssen auch die Kapazitäten und deren Verfügbarkeiten in den jeweiligen Einrichtungen berücksichtigt werden.

Patienten mit einer dominierenden Tetraparese und andauernden kognitiven Störungen und/oder neuropsychiatrischen Einschränkungen sollten prioritär eine Neurorehabilitation oder eine paraplegiologische Rehabilitation erhalten. Patienten mit Schluckstörungen sollten soweit wie möglich in spezialisierten Zentren behandelt werden.

Patienten mit persistierender respiratorischer Insuffizienz oder/und Husten/Dyspnoe sollten prioritär eine pulmonale Rehabilitation erhalten.

Patienten mit im Wesentlichen körperlicher Dekonditionierung, ohne respiratorische Insuffizienz, ohne signifikante Neuromyopathie und ohne Schluckstörungen sollten je nach vorherrschenden

Funktionsstörungen eine muskulo-skelettale, kardiologische, internistische oder geriatrische Rehabilitation erhalten.

5. Isolierung von COVID-19-Patienten während des Rehabilitationsaufenthalts und Management von Gruppenaktivitäten

Die diesbezüglichen und aktualisierten Swissnoso-Richtlinien (<https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/aktuelle-ereignisse/>) sind zu befolgen, ergänzt durch allfällige spezifische Empfehlungen des BAG für Gruppenaktivitäten (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/empfehlungen-fuer-die-arbeitswelt.html>) und allfällige Empfehlungen der kantonalen Behörden.

6. Übernahme der Kosten für Rehabilitationsaufenthalte von COVID-19-Patienten

Es ist wichtig, dass die zusätzlichen Kosten für die Behandlung von COVID-19-Patienten in Rehabilitationseinrichtungen gedeckt sind, um negative finanzielle Folgen für diese Einrichtungen zu vermeiden. Zusätzliche Kosten können insbesondere durch fortgesetzt notwendige Isolationsmassnahmen, durch die Erhöhung der Anzahl des für die Rehabilitation erforderlichen Personals aufgrund der Begrenzung der Gruppengrössen für gemeinsame Aktivitäten sowie möglicherweise durch die Dauer der Rehabilitationsaufenthalte verursacht werden. Das BAG muss daher dafür sorgen, dass die zusätzlichen Kosten gedeckt werden.

Dieses Dokument wurde von den unterzeichnenden Vertretern der Fachgesellschaften am 28. April 2020 verabschiedet.

Für die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI

Prof. Dr. Thierry Fumeaux

Dr. med. Antje Heise

Für die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie SGP

Prof. Dr. med. Laurent Nicod

Dr. med. Thomas Sigrist

Für die Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation SGPMR

Dr. med. Stefan Bützberger

Für die Schweizerische Gesellschaft für Neurorehabilitation SGNR

Dr. med. Andreas Mühl

Für die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation SAR

Stephanie Garlepp

Für die Swiss Working Group for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Sports Cardiology SCPRS

Prof. Dr. med. Jean-Paul Schmid

Für die Schweizerische Gesellschaft für Paraplegie SSoP

Dr. med. Xavier Jordan