



Ergebnisprotokoll

Interministerielle Arbeitsgruppe Long-COVID

4. Sitzung

„Arbeitsfähigkeit, Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung“

Zeit: Dienstag, 27. Juli 2021, 14:00 bis 17:30 Uhr
Ort: Videokonferenz
Sitzungsleitung: Frau RL'in 323 Dr. [REDACTED]
Protokollführung: [REDACTED]
Anlagen:

- Präsentation Fr. [REDACTED] (DRV Bund)
- Stellungnahme Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands e. V. (CJD)
- Stellungnahme SRH Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar
- Stellungnahme Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e.V. (BAG BTZ)

Teilnehmende:

BK: Herr F. [REDACTED]
BMBF: Herr C. [REDACTED]
BMAS: Herr B. [REDACTED] n Bruck, Fra
Schmi [REDACTED] Herr Sutoriu
BMFSFJ: Herr T. [REDACTED]
BMEL: Frau J. [REDACTED]
BMG Referat 321: Herr L. [REDACTED]
BMG Referat 216: Frau S. [REDACTED]
BMG Referat 223: Frau H. [REDACTED] Dr. Abt
BMG Referat 224: Herr V. [REDACTED]
BMG Referat 323: Frau D. [REDACTED] au Wittkö [REDACTED] Herr
Dr. Ma [REDACTED] gner, Herr [REDACTED]
BMG Referat 614: Frau D. [REDACTED]
BMG Referat 615: Frau P. [REDACTED]
BMG PG Koord. C 19: Frau R. [REDACTED]
RKI: Frau D. [REDACTED] e

DRV Bund: Frau D
 KBV: Herr D
 DGUV: Frau D
 GKV-SV: Frau D
 DEGEMED: Frau D
 Reha-Klinik Seehof: Herr D
 Long-COVID Deutschland: Frau D
 Median Klinik Heiligendamm: Frau D
 Bündnis Kinder- und Jugendreha (BKJR): Herr D
Abwesend:
 BMG Referat 514: Frau D
 BMI: Frau D

TOP 1 (intern)	Begrüßung
	<p>Frau Dr. Schwartz begrüßt die Teilnehmenden und informiert zu den folgenden Punkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll und Synopse der 2. IMA Sitzung wurden am 27.07. mit Bitte um MZ bis 29.07. DS an IMA versandt. Protokoll und Synopse zur 3. Sitzung folgen. • Aktueller Sachstand Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) "Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona": <ul style="list-style-type: none"> ○ Die 2. Sitzung am 22.7. hatte das Thema „Regelbetrieb von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sowie Sportvereinen sicherstellen“. ○ Die 3. Sitzung am 3.8. behandelt „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten Schule, Kita, Kommune, Vereine“. ○ Die abschließende Sitzung am 16.8. wird sich mit Hilfs- und Versorgungsangeboten befassen, insbesondere mit der frühzeitigen Identifikation besonders belasteter Kinder und Jugendlicher im Sinne eines Frühwarnsystems und mit der Unterstützung besonders belasteter Kinder, Jugendlicher und Familien bei der Bewältigung der gesundheitlichen Folgen der Pandemie. Anschließend wird ein Bericht erstellt.
TOP 2 (extern)	Kurzstatements von externen Expertinnen und Experten zur Arbeitsfähigkeit und Rehabilitation von Long-COVID Betroffenen
	<p>Frau Dr. Schwartz begrüßt die externen Gäste und stellt diese kurz vor. Anschließend geben die Gäste ihre Statements ab.</p>

DRV Bund gibt eine Präsentation (s. Anlage), die übrigen Gäste ein mündliches Statement.

1) DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund)

- Rehabilitation bei Long-COVID orientiert sich an vorliegenden Funktionsstörungen, die in Reha-Einrichtungen erfolgreich behandelt werden.
- Etablierte Strukturen sind auch für Reha bei Long-COVID sehr gut geeignet.
- Bedarfsgerechter Zugang der Patientinnen und Patienten zu passgenauen Einrichtungen (nach Diagnose und führenden Organbeteiligungen) und individuell ausgestalteter Reha (multimodal und interdisziplinär) ist gewährleistet.
- Bis zu drei Diagnosebereiche (z.B. Pulmologie, Kardiologie, Psychosomatik) können bei Auswahl der Einrichtung regelhaft berücksichtigt werden, bei mehr Bereichen ist unter Umständen zweite Reha möglich.
- Zwei bewährte Verfahren stellen Zugang sicher:
 1. Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (AHB; nahtlose Versorgung, verkürztes Verfahren, Unterstützung durch Sozialdienst); bewährtes Verfahren nach stationär behandeltem COVID-19.
 2. Antragsverfahren: Antragstellung durch Versicherte (online möglich), mit hausärztlicher Unterstützung (Befundbericht); geeignetes Verfahren für Long-COVID ohne vorangegangene Hospitalisierung.
- Individualisierte Auswahl der passgenauen Einrichtung unter Berücksichtigung von Patientenwünschen durch sozialmedizinischen Dienst der DRV.
- Seit 9/2020 kontinuierlicher Anstieg von Reha-Fällen nach COVID-19 ohne Hinweise auf Überlastung oder Verzögerungen.
- Offene Fragen bestehen derzeit in mehreren Bereichen:
 - Therapieforschung: Wer profitiert von Reha und wer weniger oder nicht, wann ist der beste Zeitpunkt für den Reha-Beginn? Neue Therapiekonzepte und Therapien?
 - Epidemiologie: zeitliche Perspektive (individuell, insgesamt)
 - Versorgung: Effekte auf Reha-Bedarfe und -strukturen
 - Krankheitsfolgen: Entwicklung im Bereich der Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten); bislang sehr geringe Fallzahlen.
- Folgende Handlungsbedarfe bestehen aus Sicht der DRV:

- Bessere und frühere Identifikation von individuellen Reha-Bedarfen der betroffenen Patientinnen und Patienten durch behandelnde Kliniker
- Etablierung der Reha als fester Baustein der Behandlungskette mit Sicherung des Zugangs und nahtloser Übergänge zur Nachsorge und zum Akutbereich
- Koordinierte Zusammenarbeit aller Reha-Träger zur Ermittlung von Bedarfen, Konzepten und Versorgungsstrukturen.
- Stärkung der Forschung, bessere Erkenntnisse zu Folgen

2) BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung

- BG Kliniken sind medizinische Versorgungseinrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung: neun Akutkliniken, eine Klinik für Berufskrankheiten, zwei Ambulanzen im ganzen Bundesgebiet. Ihre Hauptaufgabe ist es, schwer verletzte Unfallopfer und Menschen mit Berufskrankheiten zu behandeln.
- Corona-Erkrankungen können in der gesetzlichen Unfallversicherung als Berufskrankheit oder als Arbeitsunfall anerkannt werden. Long-COVID als Folgeerkrankung eines anerkannten Versicherungsfalles ist ebenfalls mitversichert. Anfangs war vor allem BGW (Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) betroffen.
- BG Kliniken haben zur Unterstützung der Unfallversicherungsträger ein Behandlungskonzept für Long-COVID etabliert:
 - BG Kliniken bieten für UV-Träger die Post COVID-Beratung an, die die UV in Anspruch nehmen kann, falls Probleme im Krankheitsverlauf auftreten. Beratung erfolgt auf Grundlage eines ausführlichen Aktenstudiums durch BG-Kliniken.
 - Falls nötig können (auch virtuelle) Post COVID-Sprechstunden in BG-Kliniken von Rehamanagern des UV-Trägers und den Betroffenen in Anspruch genommen werden. Hier erfolgt die interdisziplinäre klinische Einschätzung der Patientinnen und Patienten in etwa 1-3 Stunden dauerndem Termin, bei Bedarf mit Empfehlungen für weitergehende Diagnostik. Bisher haben 400-500 Patientinnen und Patienten die Sprechstunde wahrgenommen.
 - Ferner besteht Möglichkeit der stationären diagnostischen Abklärung (bis 10 Tage) im Rahmen eines Post COVID Check-Ups. Auch dieser ist interdisziplinär, betrifft vor allem aber die Neurologie.
 - Falls in einem der Verfahrensschritte Reha-Bedarf identifiziert wird, kann interdisziplinäre komplexe Reha in einer BG Klinik eingeleitet werden, z.B. mit Schwerpunkt Neuro-Reha. Zugang hierzu besteht nur über eine gesetzliche Unfallversicherung.
 - BG-Kliniken bieten auch Betreuung nach der Reha an (Nachsorge).

3) GKV-SV (GKV-Spitzenverband)

- Für GKV-SV steht die bestmögliche Versorgung aller COVID-19-Erkrankten im Vordergrund. Dies betrifft die akute Erkrankung ebenso wie Langzeitfolgen durch Long-COVID.
- Wichtig ist die passgenaue Ansprache je nach individueller Fallgestaltung, daher sind weitere Erkenntnisse zur Fallgestaltung essentiell.
- Derzeit noch keine verlässlichen Analysen von Versorgungsdaten, da ICD10 Ziffer erst seit 1/2021 angewendet und ärztliche Versorgungsdaten erst nach ca. 9 Monaten verfügbar.
- Bei Arbeitsunfähigkeit kann Regelprozess genutzt werden, der grundsätzlich auch für das Aufgreifen von Long-COVID-Fällen zur Beurteilung durch den Medizinischen Dienst (MD) geeignet ist. KVen und MD analysieren systematisch Fälle, nutzen Begutachtungsanleitung. MD prüft auch Möglichkeit der Empfehlung einer Reha, falls längerfristige Arbeitsunfähigkeit (AU) erwartbar ist.
- Infektionsschutzmaßnahmen beschränken die Kapazität der Reha-Kliniken.
- Reha-Antrag bei Long-COVID wird durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte koordiniert und folgt dem etablierten Verfahren.
- In 2/2021 wurde der MD mit einem Gutachten zu Reha bei Post-/Long-COVID beauftragt, demnach ist gute und passgenaue Steuerung der Reha bei Long-COVID nach Symptombild möglich, auch über AHB. MD hat bislang noch keine Konzepte zur Prüfung von Long-COVID-Fällen.
- Je nach Fortschritt der medizinischen Erkenntnisse kann ggf. eine Anpassung der Reha-Verfahren und der AU-Begutachtungsanleitung erfolgen.
- Fazit:
 - Etablierte Verfahren für AU und Reha sind auch bei Long-COVID nutzbar.
 - Stärkung der Forschung ist sehr wichtig, da Datenlage nicht hinreichend. Dies betrifft vor allem die Versorgungsforschung (ambulant und stationär) und Epidemiologie.
 - Spezielle Versorgungsformen sind erst bei verbessertem Kenntnisstand sinnvoll.

4) KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung)

- KBV hat Perspektive auf Long-COVID als Teil der Selbstverwaltung. Diese hat sich im Umgang mit COVID-19 bislang gut bewährt. Gleiches gilt auch für den G-BA, als Beispiel wird die AU-Richtlinie ge-

nannt, in der die Möglichkeit der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nach telefonischer Anamnese unbürokratisch und kurzfristig eingeführt und bedarfsgerecht bereits mehrfach verlängert wurde.

- Wichtig ist die verlässliche Kommunikation in die Vertragsärzteschaft hinein. Hinsichtlich Long-COVID besteht der größte Informationsbedarf der Vertragsärzteschaft bei Regressen und Antragstellung zur Rehabilitation.
- Großteil von vertragsärztlichen Patientinnen und Patienten hat chronische Erkrankungen. Long-COVID ist ein komplexes Krankheitsbild, passt aber gut in das etablierte Versorgungssystem.
- Viele Basisfragen zum Krankheitsbild und Bedarfen der Patientinnen und Patienten sind offen. Wichtigste aktuelle Aufgabe ist Kommunikation aller neuen Erkenntnisse.
- Schwerpunktpraxen zur Behandlung von COVID-19 sind in einigen KV Bereichen etabliert und könnten durch gezielte Förderung ausgebaut werden, z.B. auch in Form von Ambulanzen. Statt Schaffung neuer Strukturen sollten die bestehenden gestärkt und ausgebaut werden.
 - Auf Nachfrage Referat 323: Corona Schwerpunktpraxen sind meist pulmologisch ausgerichtet, vor allem finden Impfungen, Testungen, Akutbehandlungen und Nachbehandlungen von Lungenerkrankten statt.

5) DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation)

- Perspektive der Leistungserbringer im Bereich Reha.
- Long-COVID ist schon lange in Reha-Einrichtungen angekommen. Dabei handelt es sich insbesondere um drei Fallgruppen:
 - a) Patientinnen und Patienten mit schwerem Akutverlauf und Therapie auf Intensivstation (ITS): hier funktioniert die AHB in aller Regel gut.
 - b) schwerer Verlauf mit stationärer Behandlung ohne ITS: auch hier gute Erfahrung mit AHB, insbesondere in Bereichen Neurologie und Pulmologie.
 - c) unkomplizierte ambulante Akutphase, aber keine Erholung im Verlauf: Hier ergibt sich teilweise das Problem der Zuordnung zu Fachkliniken, wenn eine Grunderkrankung besteht (z.B. Rheuma), aber Long-COVID Symptome in anderen Organen führend sind (z.B. Fatigue)
- gute, bedarfsgerechte und passgenaue Zuweisung zu Reha-Fachkliniken ist essentiell.
- Fazit:

- Etablierter Reha-Sektor funktioniert gut, Spezialeinrichtungen sind nicht erforderlich.
- Wichtig: Verbesserung der Zuweisungen/ Steuerung von Patientenströmen.

6) Long-COVID Deutschland

- Frau Dr. Ellert ist Gefäßchirurgin [REDACTED] [REDACTED] hat am eigenen Krankenhaus mit Hilfe des Trägers in Zusammenarbeit mit dem Reha-Zentrum eine Anlaufstelle für Long-COVID Betroffene etabliert.
- Zwei Fallgruppen sind zu unterscheiden:
 - a) schwerer Akutverlauf von COVID-19 mit länger bestehenden Symptomen: hier funktioniert passgenaue Zuweisung zur Reha-Einrichtung über AHB in der Regel gut (entspricht a) und b) der DE-GEMED Einteilung).
 - b) leichter Verlauf mit unspezifischen Symptomen nach Monaten.
- Bei b) besteht insbesondere das Problem der Bagatellisierung von Fatigue und neuropsychiatrischen Symptomen, die aber tatsächliche schwere Funktionsstörungen sind und zu Beeinträchtigung von Teilhabe führen.
- Hier passt Reha-System häufig nicht gut zu den Bedarfen der Patientinnen und Patienten, da unter herkömmlicher stationärer Reha Verschlimmerung wegen Überforderung auftreten kann.
- Es werden für diese Patientinnen und Patienten spezialisierte ambulante Angebote benötigt, die eine bedarfsgerechte multimodale Behandlung mit wenigen Präsenzterminen und Telekonsilen ermöglichen. Apps und Reha-Sport können unterstützen. Die Selbstwahrnehmung der Patientinnen und Patienten kann durch begleitende Patientengruppen unterstützt werden.
- Zusätzlich werden spezialisierte Konzepte zur beruflichen Wiedereingliederung benötigt. Problem ist, dass oft keine offizielle AU ausgesprochen wird, insbesondere bei Gesundheitsberufen.
- Strukturen zur Behandlung von Long-COVID sind ausreichend vorhanden, aber eine bessere Steuerung ist erforderlich.
- Essentiell sind Aufklärung und bessere Information auf allen Ebenen (Betroffene, Behandelnde, Träger). Dies soll Chronifizierung verhindern.
 - Auf Nachfrage KBV: Auch bessere Aufklärung über Möglichkeit der AU für Betroffene ist erforderlich, damit sie in Anspruch genommen wird. Bestehende Form der stufenweisen Wiedereingliederung

(Hamburger Modell) bei Long-COVID ist häufig problematisch (Überforderung), stattdessen ist eine flexible, sich über einen längeren Zeitraum erstreckende stufenweise berufliche Wiedereingliederung erforderlich.

7) Reha-Zentrum Seehof

- Prof. Köllner gibt Statement aus Perspektive der Forschung und der Versorgung zur Rehabilitation. In Seehof behandelte Indikationen sind Psychosomatik und Kardiologie
- Genereller Eindruck: Reha bei Long-COVID hat sich gut bewährt, insbesondere in den Bereichen Bewegungstherapie, Psychoedukation und symptomspezifischer Reha (z.B. Lungenbeschwerden).
- Wichtig ist die individuelle Anpassung der Belastung an den Bedarf und die Belastbarkeit. Dabei können vorherige gute Erfahrungen in der Reha von Fibromyalgie und Chronic Fatigue Syndrom (CFS) genutzt werden (z.B. Pacing bei CFS). Ein ausgewogenes Angebot aus Bewegungs- und Psychotherapie ist wichtig und führt meistens nicht zu Überforderung.
- Gefahr besteht in der Chronifizierung durch Schonung. Hier hat Psychoedukation eine wichtige Rolle.
- Großer Bedarf für Forschung zu Ursachen und therapeutischen Ansätzen
 - Multizenterstudie mit ca. 1000 Patienten startet 9/2021, Laufzeit 1 Jahr, Zwischenauswertung nach ½ Jahr. Eine Forschungsfrage darin ist die Identifizierung von Personen, die nicht von Reha profitieren.

8) Median Klinik Heiligendamm

- Frau Dr. Frommhold gibt einen Bericht aus dem klinischen Alltag. Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Post COVID und Long-COVID bestehen seit der 1. Welle.
- Interdisziplinäres Krankheitsbild, das eine individualisierte Therapie erfordert.
- Auch sie unterscheidet mindestens zwei Gruppen von Patientinnen und Patienten (wie DEGEMED und Long-COVID Deutschland).
 - Post COVID nach schwerem Verlauf: Patientinnen und Patienten profitieren sehr gut von Reha, insbesondere hinsichtlich Atemleistung, Gehstrecke, neuropsychiatrischer Symptome.
 - Long-COVID nach leichtem Verlauf: oft neue Symptome nach Latenzzeit. Hier stehen Fatigue und neuropsychiatrische Symptome im Vordergrund. Das Krankheitsbild ist heterogen und betrifft nach

ihrer Erfahrung eher Jüngere, Frauen und Menschen ohne Vorerkrankungen.

- Bei Long-COVID ist modifizierter Reha-Ansatz erforderlich.
 - Schwerpunkt auf Psychoedukation
 - Stufenweise Wiedereingliederung: Flexible Modelle wichtig. Voll-einstieg in den Beruf scheitert meist.
 - Auf Nachfrage (Ref. 223): Wichtig für Wiedereingliederung ist reduzierte Belastung mit langsamerer Steigerung, da gerade bei Fatigue längere Erholungszeiten als in der geltenden Empfehlung erforderlich sind. Vorschlag: nur 2 Std. pro Tag für 2 Tage, dann 2 Tage Pause.
 - Flexible passgenaue Therapie, z.B. Reduktion der Belastung
 - Therapie in spezialisierten interdisziplinären Kompetenzzentren
- Lehre zu Rehabilitationsmedizin im Medizinstudium muss gestärkt werden.
- Laufende Multizenterstudie mit guter Charakterisierung der Patientinnen und Patienten zu Auswirkungen der Reha mit Vergleichsgruppe (z.B. Patientinnen und Patienten mit anderen Lungenerkrankungen).

9) Bündnis Kinder und Jugendreha (BKJR)

- Herr Baumann berichtet aus der Perspektive der relevanten Reha-Kliniken und Verbände im Bereich Kinder und Jugendrehabilitation, die alle im Bündnis zusammengeschlossen sind
- Nach der zweiten Welle sind bislang insgesamt 70 Reha-Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen nach COVID-19 durchgeführt worden. Dabei war meist GKV, teilweise auch DRV Leistungsträger.
- Aktuelle Sorge ist, dass durch die Delta-Variante zukünftig mehr Kinder und Jugendliche betroffen sein werden, da diese mehrheitlich ungeimpft sind.
- Generell stehen für Kinder und Jugendliche aber allgemeine Belastungen durch die Pandemie im Vordergrund, hierbei treten soziale Unterschiede verstärkt hervor. Es wird ein Rückgang somatischer und eine Zunahme psychosomatischer Rehas beobachtet. Besonders betroffen sind Kinder aus sozial benachteiligten Ein-Eltern-Familien.
- Reha-Kliniken sind generell gut geeignet und gut aufgestellt. Auch die Zuweisung funktioniert gut. Nachteilig ist die soziale Selektion durch hohen Bürokratieaufwand.
- Allgemein sind die Möglichkeiten der Kinder- und Jugendreha zu wenig bekannt, hier bedarf es weiterer Aufklärung.

	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtig ist Forschung zur Verbesserung der Datengrundlage zu Long COVID bei Kindern und Jugendlichen. • Ab 9/2021 läuft eine Erhebung zu Reha bei Post/Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen mit Abfrage unter allen Einrichtungen.
TOP 3 (extern)	Nachfragen zu TOP 2
	<p>Die Expertinnen und Experten äußern sich zu den folgenden Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist Long-COVID heilbar? (BMG Ref. 614) <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Mehrzahl der eingeladenen Expertinnen und Experten betont, dass in der Regel gute Reha-Möglichkeiten bei Long- oder Post-COVID bestehen und die Aussicht auf berufliche Wiedereingliederung insgesamt gut ist. ○ Erneut wird die Bedeutung der verschiedenen Fallgruppen und entsprechend passgenauer Rehabilitation hervorgehoben. ○ Bei Berücksichtigung der gruppenspezifischen Bedarfe (z.B. Pacing bei führender Fatigue-Symptomatik) ist nur in wenigen Fällen mit langfristiger Chronifizierung zu rechnen, in diesen Fällen steht Anpassung an chronisches Krankheitsbild im Vordergrund. • Ist mehr Flexibilität bei AU und stufenweiser Wiedereingliederung erforderlich? (Ref. 223) <ul style="list-style-type: none"> ○ Mehrheitlich sehen die Expertinnen und Experten das bestehende System als gut geeignet an, Flexibilisierungen an einzelnen Stellen könnten aber hilfreich sein. ○ Long-COVID Deutschland und DEGEMED regen mehr Flexibilität und Individualisierung hinsichtlich der Dauer an, das Hamburger Modell strebe die Wiedereingliederung oft in zu kurzer Frist an. Aus Sicht von Long-COVID Deutschland könnte es auch hilfreich sein, wenn sich Betroffene nur teilweise krankschreiben lassen könnten. • Sind die vorhandenen Strukturen in der Summe ausreichend? Welche Besonderheiten gelten für Long-COVID? (BMAS) <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Behandlungskapazitäten an den Rehabilitationskliniken sind aufgrund der pandemiebedingten Infektionsschutzmaßnahmen insgesamt gesunken, aber man sehe sich keiner Flut an Anträgen gegenüber. Insofern käme einer präzisen und zeitnahen Zuweisungssteuerung eine zentrale Rolle zu. ○ Die nötigen Strukturen seien vorhanden und gut nutzbar, sie sollten durch Behandelnde jedoch besser genutzt werden, hier sind bessere Information und Aufklärung erforderlich.

	<ul style="list-style-type: none"> • Passt die Reha von Long-COVID in bestehende Strukturen? Was sagen GKV, DEGEMED, DRV? (BMAS) <ul style="list-style-type: none"> ○ Ja. Praktizierte Reha-Konzepte sind für die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten gut geeignet. Man habe bereits Erfahrung mit CFS und postviraler Fatigue. ○ Wichtig sind Fallbestimmung und individualisierte Bedarfsabschätzung sowie die darauf aufbauende passgenaue Zuweisung. • Welche Handlungsmöglichkeiten bestehen bei steigenden Zahlen? (BMAS) <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorschlag Dr. Frommhold: Ausbau ambulanter Kompetenzzentren als Zwischenlösung • Hat sich die Reha-Kapazität durch die Pandemie verringert? (BMAS) <ul style="list-style-type: none"> ○ Ja. Durch die Infektionsschutzmaßnahmen herrscht derzeit in nahezu allen deutschen Reha-Kliniken eine reduzierte Aufnahme- bzw. Belegkapazität. Aus Sicht der Kliniker jedoch keine Überlastung erkennbar. • Ist eine Erleichterung der Antragsverfahren möglich, analog zum Schlaganfall? (BMAS) <ul style="list-style-type: none"> ○ Die existierenden Antragsverfahren sind ausreichend schnell, es besteht keine Notwendigkeit für Antragserleichterung. Die im Antrag abgefragten Informationen sind wichtig für eine zielgenaue Steuerung der Patientinnen und Patienten in eine passende Rehabilitationsleistung bzw. -einrichtung.
TOP 4 (intern)	Interne Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> • Wie schätzt die IMA die Lage hinsichtlich Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit und Rehabilitation bei Long-COVID ein? • Wo sieht die IMA weiteren Handlungsbedarf?
	<p>Die interne Diskussion zwischen den Ressorts ergibt zu den einzelnen Themenkomplexen folgendes Stimmungsbild:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datenlage, Forschung, Informationen <ul style="list-style-type: none"> • Bessere Erkenntnisgrundlage zu Reha-Bedarfen, Wirksamkeit der Rehabilitation in den verschiedenen Patientengruppen und Langzeitverläufen ist dringend erforderlich und Voraussetzung für Änderungen der vorhandenen Strukturen • Bessere Informationen und Aufklärung für Behandelnde wichtigste Voraussetzung zur Verbesserung der Zuweisung und Nutzung existierender Strukturen

2. Antragstellung

- Informationsgehalt des Antrags ist insbesondere wichtig zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit und für die Ermittlung bestmöglicher Rehabilitationseinrichtungen
- Ausreichend Auskunft- und Beratungsstellen und Kontaktstellen für Unterstützung bei Antragstellung sind vorhanden. Auf diese Unterstützungsangebote kann noch besser hingewiesen werden. Z.B. hilft auch Unabhängige Teilhabeberatung und unterstützt bei Antragstellung
- Die Änderung im Sinne einer Vereinfachung der Reha-Antragstellung bei Long-COVID sollte nicht als Handlungsempfehlung aufgegriffen werden, u.a. da dies zu einer Ungleichbehandlung gegenüber anderen Krankheitsbildern führen würde und bei verkürzten Anträgen wichtige Angaben für eine bedarfsgerechte, passgenaue Zuweisung unterbleiben würden.

3. Ambulante Rehabilitation

- Handlungsempfehlung an Reha-Träger aussprechen: ambulanten Reha-Bereich weiter stärken

4. Schwerpunkt-Praxen der KV

- Machen nur Sinn bei enger interdisziplinärer Vernetzung, z.B. in einem Ärztehaus.
- Es erfolgt Rücksprache mit KBV zu diesem Thema

5. Kinder und Jugendliche

- In dieser Altersgruppe geht es vor allem um die allgemeinen Folgen der Pandemie. Gesundheitliche Pandemiefolgen und Long-COVID sind bei Kindern schwer zu trennen.

6. Wiedereingliederung

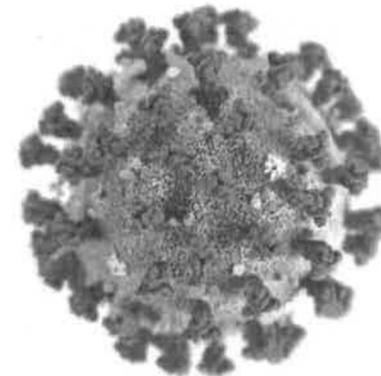
- Prüfpunkt Flexibilisierung: Flexibilisierung ist aus Sicht der Betroffenen und einiger der Behandelnden ein wichtiges Thema. Es scheint jedoch auch Informationslücken der Akteure zu bereits bestehenden flexiblen Angeboten zu geben. Long-COVID ist bei Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation bislang noch nicht angekommen. Gleichwohl sehen sich diese Einrichtungen gut gerüstet. Für den Bereich der medizinischen Rehabilitationsleistungen hat BMAS bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine Abfrage in Auftrag gegeben um u.a. Erkenntnisse zu Fallzahlen und der Verbreitung von Reha-Angeboten für Long-COVID zu gewinnen.

7. Digitale Angebote

	<ul style="list-style-type: none"> • BK: Passgenaue digitale Angebote sind sehr wichtig und vor dem Hintergrund der oft jungen Menschen auch sehr sinnvoll. • BMAS sind mehrere digitale Reha-Angebote bekannt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Supervision Boards der Mediclin-Gruppe ○ Long-COVID Netzwerk eines privaten Betreibers mit Bündelung ambulanter Praxen über telemedizinische Angebote ○ Lokale, digitale Angebote der DRV im Bereich Reha-Nachsorge • Prüfpunkt BMAS: Können die digitalen Angebote in die Fläche gebracht werden und welcher Unterstützung bedarf es hierzu?
TOP 5 (intern)	Zusammenfassung und Ausblick
	<p>Die folgenden Handlungsmöglichkeiten werden durch die IMA identifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung von ambulanter Reha in Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern • Verbesserung von Aufklärung und Information auf allen Ebenen (Betroffene, Behandelnde, Einrichtungen, Träger) • Verbesserung der Datenlage (Charakterisierung von Fallgruppen und entsprechenden Reha-Bedarfen, Reha-Wirkung und -eignung) • Als Prüfpunkt: Flexibilisierung der Wiedereingliederung • BMAS wird zu digitalen Angeboten über den derzeitigen Status berichten • BMG wird die KBV bezüglich der Corona-Schwerpunktpraxen befragen

Rehabilitation und Long COVID

- Interministerielle Arbeitsgruppe 27. Juli 2021
- Sill 
Deutsche Rentenversicherung Bund



Anlage I

Die Deutsche Rentenversicherung

- zuständig für rund 56 Mio. Versicherte
- rund 21 Mio. Rentner
- Anträge/Leistungen zur Rehabilitation 2019
 - **1,63 Mio.** Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - **1,05 Mio.** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - **400.000** Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - **140.000** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Auftrag und Ziel der Rehabilitation der DRV

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe mit folgenden Zielen:

- Erhalt der Erwerbsfähigkeit
- Verhinderung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben
- Dauerhafte berufliche und damit gesellschaftliche (Re-)Integration
- Vermeidung vorzeitiger Rentenzahlungen aus gesundheitlichen Gründen
- Sicherung von Beitragseinnahmen

Grundsätzlich keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit!

Was ist Long COVID?

- Gesundheitliche Langzeitfolgen einer Infektion mit SARS-CoV-2 (RKI)
 - > 12 Wochen nach Erkrankung
 - Schweregrad der Erkrankung ohne Einfluss
 - Kontinuierlich, keine (wesentliche) Besserung
 - Mit zeitlichem Abstand zur Erkrankung

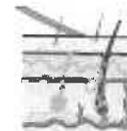
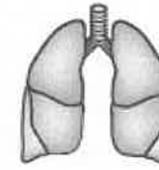
- Begriff „Long COVID“ stammt von Betroffenen

- Keine abgestimmte internationale Definition
 - Vergleiche schwierig
 - Codierung ICD-10: U09.9 – Post-COVID-Zustand

Was sind die Symptome von Long COVID?

- Inzwischen mehr als 200 Symptome bekannt
- Alle Organsysteme betroffen
- Häufig insbesondere:

- Atemnot, Husten
- Herzrasen
- Brustschmerz
- Kognitive Einschränkungen (brain fog)
- Angststörungen/Depression
- Schlafstörungen
- Kopfschmerzen
- Riech- und Geschmacksstörungen
- Fatigue
- Eingeschränkte Belastbarkeit, Muskelschwäche
- Gerinnungsstörungen
- Chronische Nierenerkrankungen
- Haarausfall



Rehabilitative Versorgung bei Long COVID

- medizinische Rehabilitation orientiert sich an Funktionsstörungen, weniger an Diagnosen
- Funktionsstörungen können und werden in der Rehabilitation erfolgreich behandelt
 - passgenaue Reha-Einrichtung
 - individuell ausgestaltete Rehabilitation
 - multimodal und interdisziplinär
 - Wirksamkeitsstudien zeigen bereits Erfolge (Psychosomatik, Pneumologie)
- Bedarfsgerechter Zugang ist gewährleistet:
 - Anschlussrehabilitation (AHB)
 - Antragsverfahren

AHB

- Direkteinleitungs- oder Schnelleinweisungsverfahren zur Sicherstellung der nahtlosen Versorgung
- nach Aufenthalt in Akutkrankenhaus
 - direkte Verlegung oder Beginn innerhalb 14 Tagen
- Verkürztes Verwaltungsverfahren
 - mögliche Diagnosen festgelegt
 - mögliche Reha-Einrichtungen festgelegt
- Antrag mit Hilfe des Sozialdiensts des Akutkrankenhauses

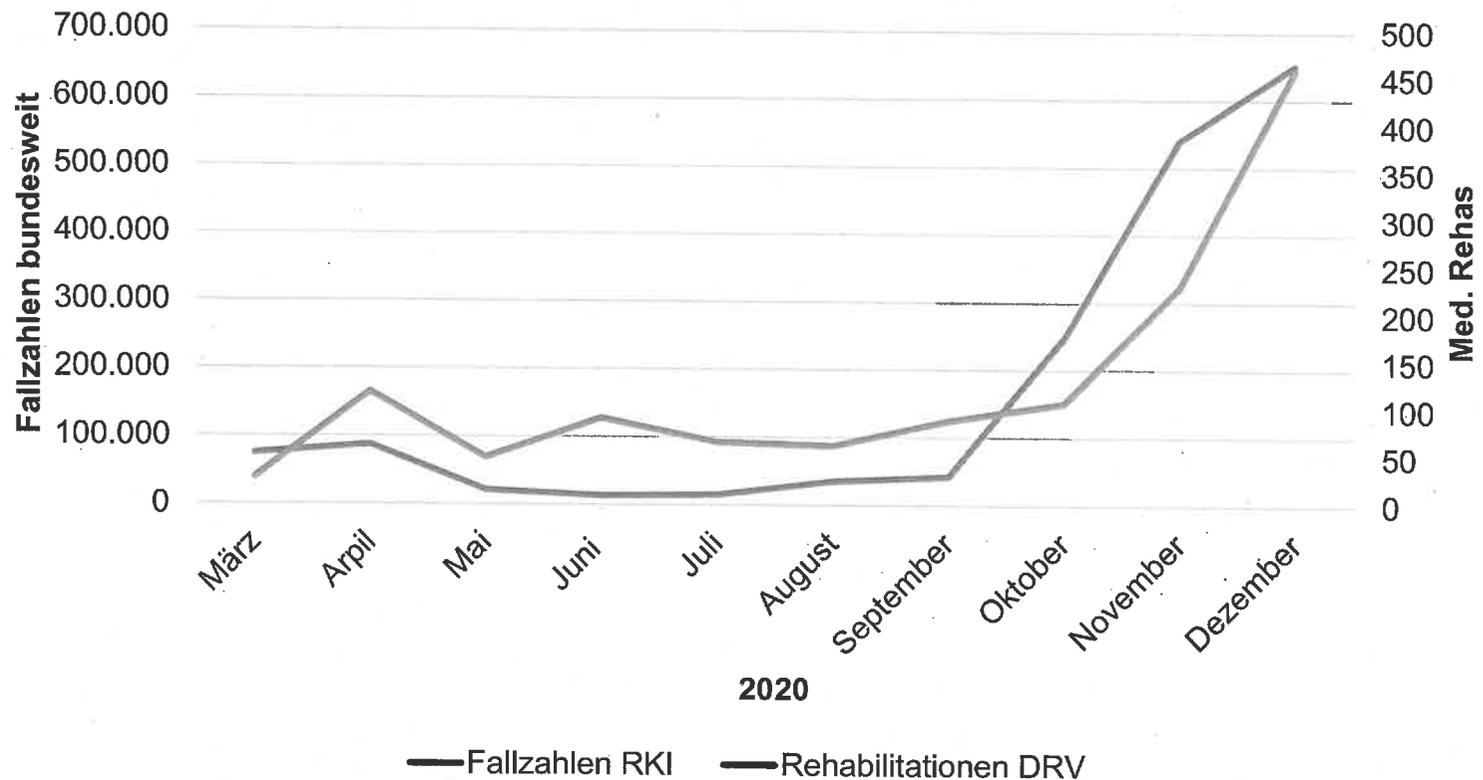
Antragsverfahren

- Antrag der*des Versicherten (gern online)
- (Haus-)ärztliche Unterstützung durch Befundbericht
- individualisierte Auswahl einer geeigneten Reha-Einrichtung durch den sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung
 - >1.500 Fachabteilungen
 - medizinische Kriterien: Indikation, Nebenindikation, Sonderanforderungen wie z.B. Mitnahme einer Begleitperson ...
 - → damit passgenauere Auswahl durch RV als durch Behandler*innen möglich
 - Perspektive der Rehabilitand*innen wird berücksichtigt (z.B. Selbstauskunftsbogen, MBOR-Screeningbogen, Wunsch- und Wahlrecht)

COVID-19-Reha-Fälle in 2020

Antragsverfahren

COVID-19 Fälle und medizinische Rehabilitationen



Offene Fragen

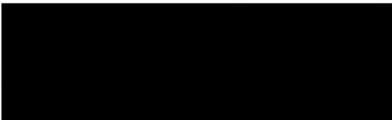
- Wer genau profitiert von einer Rehabilitation nach COVID-19?
- Wann ist der optimale Zeitpunkt für eine Rehabilitation?
- Inwieweit werden neue Konzepte gebraucht?
- Wie lange wird uns Long COVID begleiten?
 - Krankheit
 - individuelle Dauer
- Wie wirkt sich Long COVID auf die Reha-Bedarfe und Strukturen aus?
- Welche Entwicklungen wird es im Bereich der EM-Renten geben?
- Welche medizinische Entwicklungen (neue Behandlungsmethoden) erhöhen den Behandlungserfolg?

To Do

- Weiterer Erkenntnisgewinn bezüglich der Folgen der Erkrankung
- Identifikation von Reha-Bedarfen durch beteiligte Akteure (niedergelassene Ärzt*innen, Behandlungszentren, Uni-Ambulanzen...)
- Etablierung der Rehabilitation als ein Baustein in der Behandlungskette
 - Zugang sicher stellen
 - Vernetzung nach der Rehabilitation/Nachsorge
- Koordinierte Zusammenarbeit der Reha-Träger
 - Bedarfe
 - Konzepte
 - Versorgungsstrukturen
- Wissen schaffen bzw. vertiefen durch Forschung zu COVID-19

Rehabilitation und Long COVID

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: Silke  [drv-bund.de](mailto:silke@drv-bund.de)

Stellungnahme des CJD e.V. - Long Covid in der Beruflichen Bildung und Rehabilitation

Langzeitfolgen von Covid-19 werden regelhaft mit Blick auf die medizinischen Folgen einer Covid-19-Erkrankung diskutiert. Das CJD sieht die Notwendigkeit, den Fokus auf die psychischen Folgen und die damit einhergehenden Konsequenzen in den Handlungsfeldern der beruflichen Bildung und Rehabilitation zu erweitern. Daher hat das CJD Expertengruppen aus den medizinischen, psychologischen und pädagogischen Diensten gegründet um die Langzeitfolgen von Covid-19 und die Auswirkung auf die Angebote der beruflichen Bildung und Rehabilitation zu diskutieren und Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. Ziel ist es Symptome von Long Covid in den eigenen Einrichtungen erkennbar zu machen und den betroffenen Menschen trotz dieser Symptomatik Teilhabe zu ermöglichen. Das CJD sieht die dringende Notwendigkeit sehr zeitnah die Curricula in den Einrichtungen der Beruflichen Bildung und Rehabilitation anzupassen und diesen Prozess schon zum neuen Maßnahmejahr (Start 01.09.21) anzustoßen. Dabei werden 2 Zielgruppe betrachtet:

- Menschen, die auch ohne eine Coronaerkrankung zur Gruppe der Rehabilitanden gehören und aufgrund einer Coronaerkrankung nun zusätzlich beeinträchtigt sind.
- Menschen, die aufgrund einer Coronaerkrankung der Rehabilitation bedürfen.

Die Expertengruppe hat folgende Cluster gebildet:

1. Medizinischer Bereich (Kliniken und Einrichtungen der Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche)

Aktuell werden hier die Auswertungen des RKI und wesentlicher Studien aus dem Ausland und Kombination mit den Erfahrungen in den eigenen Einrichtungen zu Grunde gelegt und erste Handlungsempfehlungen für kurative Behandlung entwickeln. Besonderer Fokus liegt auf den in den Studien geschilderten Folgen wie Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Atemprobleme.

2. Psychologischer Bereich/Psychologische Dienste

Viele Menschen, die von einer Covid-19-Erkrankung betroffen waren leiden neben medizinischen Folgen auch/ und oder auch ausschließlich unter psychischen Folgen. Dies können u.a. Angststörungen und Depressionen sein. Als Reaktion wird teilweise verstärkter Konsum von Alkohol und Drogen erlebt. Dieser bringt eine zusätzliche Sekundärproblematik mit sich. Darauf gilt es sich in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation durch angepasste Settings einzustellen. Dies können geeignete parallele Therapieformen und neue Gruppenangebote sein. Eine besondere Gruppe ist dabei z.B. die Gruppe der Sozialphobiker, deren Problemlage sich durch Corona deutlich verstärkt hat. Hier ist die Frage nach Heranführung an neue Lern- und Gruppensituationen durch Ausbau und Kombination von passgenauen digitalen und Präsenzphasen in den Blick zu nehmen.

3. Pädagogischer Bereich/ Pädagogische Dienste

Die in ersten Clustern beschriebenen Long-Covid-Folgen haben unmittelbare Auswirkungen auf die pädagogischen Handlungsfelder. Die sozialpädagogischen Begleit- und Unterstützungsangebote sind zu intensivieren und ggf. zu individualisieren. Die Lernsettings müssen z.B. in kürzere Lehr- und Lernsequenzen unterteilt werden um der geringeren Konzentrationsspanne gerecht zu werden. Ebenso ist ein Methodenwechsel zwischen digital und Präsenz zu prüfen und umzusetzen. Möglichkeiten der Entwicklung intrinsischer Motivation und dem Erleben von Selbstwirksamkeit sind bei der Ausarbeitung und Umsetzung der Curricula zu berücksichtigen

Dem interdisziplinären Zusammenwirken der einzelnen Professionen im Rehabilitationsprozess kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.



Stellungnahme Long-COVID IMA Sitzung 27.07.2021

SRH Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar

Das Berufliche Trainingszentrum Rhein-Neckar hat sich auf die Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Störungen spezialisiert und ist dementsprechend mit der Rehabilitation von Funktionseinschränkungen in Zusammenhang mit den typischen psychiatrischen Long-COVID Beschwerden wie Erschöpfung, Konzentrationsschwierigkeiten, Überforderungserleben, depressive Verstimmung, Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen vertraut.

Somit bieten wir geeignete Unterstützung für Menschen mit länger anhaltenden psychischen Einschränkungen in Zusammenhang mit Long-COVID an, die Schwierigkeiten haben, ihren Wiedereinstieg ins Berufsleben zu bewältigen.

Wir erwarten, dass der Bedarf an Leistungen zur beruflichen Rehabilitation (LTA) bei Long-COVID Patienten häufig erst nach Abschluss der notwendigen medizinischen Leistungen und somit erst in den kommenden Monaten ersichtlich wird. Es ist jedoch zu erwarten, dass unsere Expertise für die berufliche Wiedereingliederung eines gewissen Anteils von Long-COVID Patienten benötigt wird.

Uns ist es besonders wichtig, dass eine gute Vernetzung zwischen den Versorgungseinheiten gewährleistet wird, damit die Long-COVID Patienten trotz ihres vielseitigen Beschwerdebildes schnell eine gezielte Unterstützung je nach Schwerpunkt ihres Leidens bekommen. Deswegen nehmen wir bereits Kontakt zu Long-COVID Spezialambulanzen auf, um diese mit den Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation in BTZs vertraut zu machen und Kooperationen anzubahnen.

SRH Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind als Einrichtungen nach §51 SGB IX spezialisiert auf die berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden Funktionsstörungen.

Psychische Erkrankungen treten häufig auch nach schweren körperlichen Erkrankungen auf und können sich u.a. durch Fatigue, depressive und traumafolgespezifische Symptome äußern.

Wir erwarten, als Einrichtung der beruflichen Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen, einen ansteigenden Bedarf unserer Angebote für Menschen mit einem Long-Covid-Syndrom. Da in Folge von schweren körperlichen Erkrankungen wie Covid häufig psychische Erkrankungen auftreten und wir ebendiese Zielgruppe schon langjährig und erfolgreich im BTZ unterstützen, bringen wir vielfältige Erfahrungswerte und eine hohe Expertise im Umgang mit den Long-Covid spezifischen Symptomen sowie psychischen Folgeerkrankungen mit.

In diesem Kontext können wir auf eine Vielzahl an Rehabilitationserfolge und nachhaltige (Re-)Integrationsprozesse von Betroffenen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zurückblicken. In standardisierten, ICF-orientierten Verfahren, erheben wir regelmäßig die psychosozialen, gesundheitlichen, beruflichen und kognitiven Faktoren. Aus dieser kontinuierlichen Evaluation geht deutlich hervor, dass ein berufliches Training maßgeblich zu einer erfolgreichen Stabilisierung und Genesung der Betroffenen beiträgt.

Durch unsere langjährige Erfahrung und flexible Organisationsstruktur können wir uns kurzfristig den Bedürfnissen der Leistungsträger wie Leistungsnehmer*innen anpassen. Wir können an vorhandene und bewährte Konzepte anknüpfen, diese entsprechend den Anforderungen modifizieren und ein bedarfsgerechtes, qualitativ hochwertiges Training anbieten. Kernangebot der Trainingszentren ist das Berufliche Training mit dem Ziel der langfristigen Teilhabe am Arbeitsleben.

Der Prozess des Trainings gliedert sich in Diagnostik, Orientierung, Qualifizierung sowie der beruflichen Integration im engeren Sinne. Dies beinhaltet Praktika auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, eine gezielte Unterstützung im gesamten Bewerbungsprozess und bei der Arbeitsaufnahme. Ausgerichtet am individuellen Förderbedarf werden für Long-Covid-Betroffene wichtige Module u.a. zur Aktivierung und Belastungssteigerung sowie zum kognitivem Training angeboten. Eine enge psychosoziale Begleitung gehört zum Standard unserer bedarfsgerechten Maßnahmegestaltung.

Die engmaschige Betreuung und individuelle Förderung wird durch ein multidisziplinäres Team aus beruflichen Trainer*innen und psychosozialen Mitarbeiter*innen sichergestellt. Eine enge Kooperation mit unseren Netzwerkpartnern, insbesondere im medizinischen Bereich, ist für die berufliche Rehabilitation unerlässlich und insofern selbstverständlich gelebte Praxis.

Anlage IV

IMA Long-COVID Sitzung 4

27. Juli 2021

Arbeitsfähigkeit, Rehabilitation und Wiedereingliederung

I. Sachstand

II Medizinische Rehabilitation

Long-COVID kann zu lang anhaltenden Gesundheitsstörungen führen und so auch die Erwerbsfähigkeit bzw. die Teilhabe am Erwerbsleben bzw. an Bildung beeinträchtigen. Eine Auswertung von Diagnose- und Verordnungsdaten deutscher Haus- und Facharztpraxen zeigt eine Krankschreibungsdauer von über 4 Wochen in rund 6 Prozent der Fälle nach einer COVID-19-Diagnose.

a) Versorgungsbedarfe

In der Rehabilitation von Langzeitfolgen nach COVID-19 oder SARS-CoV-2-Infektion sind zu unterscheiden:

- Patientinnen und Patienten mit einem schweren Krankheitsverlauf, die im Krankenhaus versorgt werden mussten. Für diese Gruppe wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Regel als Anschlussrehabilitation (vormals Anschlussheilbehandlung (AHB)) nach Krankenhausaufenthalt durchgeführt. Die Weiterversorgung schließt sich typischerweise ohne größere Unterbrechungen an den Krankenhausaufenthalt an. Die bei diesen Patientinnen und Patienten vorhandenen, rehabilitationsbedürftigen Funktionsstörungen (z.B. Atembeschwerden, Muskelschwäche) entsprechen denen, die häufig auch bei anderen schweren Erkrankungen vorhanden sind. Entsprechend etabliert sind auch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Strukturen, die bei dieser Gruppe zur Anwendung kommen. Erfahrungsberichten und ersten Studien zufolge ist der Reha-Erfolg für diese Gruppe meist gut.
- Patientinnen und Patienten mit dem eigentlichen Long-COVID, das auch nach milder oder moderater Infektion auftreten kann. Für diese Gruppe wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Regel aus der ambulanten Versorgung heraus durch den Betroffenen selbst mit Hilfe des Hausarztes oder der Hausärztin beantragt. Die bei diesen Patientinnen und Patienten rehabilitationsbedürftigen Funktionsstörungen können unterschiedliche Organsysteme betreffen und sind dementsprechend sehr vielfältig. Häufige Störungen sind Atembeschwerden, Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen (kognitive Defizite) und Fatigue. Eine Kombination von körperlichen und psychischen Störungen ist häufig. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation folgen insbesondere dem im Vordergrund stehenden individuellen Krankheitsbild und müssen jeweils daran angepasst werden. Oftmals kann

eine Rehabilitation, die mehrere Indikationen und Nebenindikationen - aus den Bereichen Pneumologie, Neurologie, Kardiologie und Psychosomatik - berücksichtigt, zur Behebung von Funktionsstörungen in unterschiedlichen Organsystemen notwendig sein. Der Reha-Erfolg ist für diese Gruppe weniger gesichert: teilweise haben die Patientinnen und Patienten auch über die Dauer der Rehabilitationsleistung hinaus noch lange weiteren Versorgungsbedarf. Dem gegenüber stehen aktuelle Erfahrungen in der Reha-Medizin, dass individualisierte Reha-Therapiekonzepte, insbesondere mit einer besonderen Schwerpunktsetzung in den Bereichen Patientenschulung und Behandlung der Fatigue, in der Regel klinisch gute Erfolge zeigen. Insgesamt gibt es zu der Frage, wie eine Reha in dieser Gruppe wirksam gestaltet werden kann, bereits im Rahmen des bestehenden Reha-Systems Antworten, Konzepte und neue Erkenntnisse sowie weiteren Forschungsbedarf.

b) Versorgungsangebote

Für Long-COVID-Erkrankte steht das bewährte gegliederte System der sozialen Sicherung, bestehend insbesondere aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), Unfallversicherung (UV) und Arbeitslosenversicherung zur Verfügung. Bei Long-COVID ist nicht nur die medizinische Akutversorgung sondern im nächsten Schritt auch die Rehabilitation von zentraler Bedeutung und kann einen Beitrag zur erfolgreichen Behandlung der Long-COVID-Symptome leisten.

Zuständig für die Rehabilitation von Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit infolge Long-COVID gefährdet ist, sind vornehmlich die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Neben der GKV sind die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung auch für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zuständig. Im Falle von Berufskrankheit oder Arbeitsunfall sind die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung zuständig. Die gesetzliche Krankenversicherung ist für ältere Menschen ohne Bezug zum Erwerbsleben ebenfalls zuständig.

Es wird seit September 2020 ein kontinuierlicher Anstieg von Rehabilitationsleistungen nach COVID-19 verzeichnet. Im Bereich der DRV haben während des ersten Halbjahrs 2021 durchschnittlich rund 570 Betroffene pro Monat Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Allerdings ist nicht bekannt, wie hoch darunter der Anteil der an Long COVID-Erkrankten ist. Bei der überwiegenden Mehrzahl der den Unfallversicherungsträgern gemeldeten COVID-19 Fälle kommt es in kurzer Zeit zur vollständigen Genesung. Zu beobachten ist aber ein derzeit noch nicht konkret quantifizierbarer Anteil schwerer und langanhaltender Krankheitsfolgen, nicht nur bei den erkrankten Personen mit initialer akutstationärer Behandlung (ggf. einschließlich Beatmung), sondern ebenfalls bei Erkrankten mit initial leichter und mittelschwerer Symptomatik. Für den Bereich der GKV liegen keine Daten vor. Nach Einschätzung des Bündnis Kinder- und Jugendreha wurden bis zum Ende der zweiten Corona-Welle (ca. Ende Februar 2021) weniger als 100 Kinder und Jugendliche nach COVID-19-Erkrankung rehabilitativ versorgt. Da derzeit insbesondere junge Menschen

an COVID-19 erkrankt sind, ist auch ein Reha-Bedarf bei Kindern und Jugendlichen mit Long-COVID möglich. Dies gilt es abzuwarten. Insgesamt wäre ein höherer Bekanntheitsgrad der Kinder- und Jugendreha wünschenswert.

Durch die Infektionsschutzmaßnahmen (Abstandsmaßnahmen, maximale Gruppengrößen) bestand temporär in manchen Regionen in den Rehabilitationseinrichtungen eine reduzierte Aufnahme- bzw. Belegkapazität, wodurch es insbesondere aus diesem Grund auch für Long-COVID-Erkrankte zu längeren Wartezeiten bis zur Aufnahme kommen konnte; inzwischen sind die Rehabilitationseinrichtungen wieder zum Normalbetrieb übergegangen. Long COVID Erkrankte können zeitnah rehabilitiert werden, sofern nicht in Auswirkung des Wunsch- und Wahlrechts im Einzelfall für besonders nachgefragte Einrichtungen Wartezeiten bestehen.

Anerkennung von Long-COVID als Berufskrankheit oder Arbeitsunfall

Die rehabilitative Versorgung in der Unfallversicherung folgt dem Ansatz „alles aus einer Hand“ und „mit allen geeigneten Mitteln“. Sie stellt einen Sonderfall unter den Reha-Trägern dar. Die Träger beraten und begleiten die Patientinnen und Patienten in allen Erkrankungs- und Versorgungsphasen, einschließlich Diagnostik, Akutversorgung, Reha-Versorgung, Nachsorge und Wiedereingliederung. Dazu wurden in den Berufsgenossenschafts(BG)Kliniken auch Sondersprechstunden eingerichtet.

Für bestimmte berufliche Tätigkeiten (im Gesundheitsdienst, der Wohlfahrtspflege, in medizinischen Laboren oder in Tätigkeiten mit vergleichbarer Infektionsgefahr) kann eine COVID-19 Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt werden (Berufskrankheit Nr. 3101 - Infektionskrankheiten). Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten (ÄSVB) hat bisher keine ausreichende Datenlage feststellen können, um Tätigkeiten nach der 4. Alternative der Berufskrankheit Nr. 3101 (Tätigkeiten mit vergleichbarer Infektionsgefahr) identifizieren zu können. Auf Vorschlag des Beirats hin wird die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hierzu ein Rapid Review der wissenschaftlichen Literatur durchführen. Hierdurch wird auch der Forderung von Betroffenen nachgekommen zu prüfen, ob in weiteren Berufen ein erhöhtes Infektionsrisiko für SARS CoV-2 besteht. In diesem Fall könnten weitere Tätigkeiten in der Berufskrankheit Nr. 3101 berücksichtigt werden. Bei anderen Tätigkeiten ist die Anerkennung als Arbeitsunfall möglich, sofern die Infektionserkrankung nachweislich durch die berufliche Tätigkeit verursacht wurde. Etwaige Langzeitfolgen eines anerkannten Versicherungsfalls sind ebenfalls (ggf. ein Leben lang) mit versichert und werden behandelt und bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen entschädigt.

Ambulante Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden entweder stationär (mit Unterkunft und Verpflegung) oder ambulant erbracht. Der Rehabilitationsträger bestimmt im Einzelfall aufgrund individueller Bedarfsermittlung unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts die Leistungen sowie die bestmögliche Rehabilitationseinrichtung. In speziellen Verzeichnissen (z. B. Reha-Einrichtungsverzeichnis der BAR) können sich die Leistungsberechtigten z. B. über Rehabilitationseinrichtungen im Bereich Long-COVID informieren. Im Bereich der Rentenversicherung steigt der Anteil ambulant erbrachten Reha-Leistungen seit Jahren.

Aus Sicht der eher jungen Long-COVID Patientinnen und Patienten sind Versorgungsmodelle wichtig, die auch die persönliche Lebenssituation, einschließlich familiärer Sorgepflichten zu Hause, berücksichtigen. Es besteht daher ein besonderes Interesse auch an ambulanten Reha-Angeboten. Zu Beginn der Pandemie war das Angebot an ambulanter Reha insbesondere hygienebedingt eingeschränkt. Zum Teil konnte dies mittels unterstützender digitaler Angebote kompensiert werden. Auch die ambulanten Einrichtungen sind inzwischen wieder zum Normalbetrieb übergegangen.

Zugang zur Reha für die besondere Personengruppe der Kinder und Jugendlichen

Derzeit erkranken vermehrt junge Menschen an SARS-CoV-2; ein zunehmender Rehabilitationsbedarf bei Kindern und Jugendlichen auch mit Long-COVID erscheint deshalb möglich. Junge Menschen befinden sich in einer Lebensphase, die von den Kernherausforderungen Qualifizierung, Verselbständigung und Selbstpositionierung geprägt ist. Da langfristige Erkrankungen wie Long-COVID vor diesem Hintergrund gravierende Folgen für den weiteren Lebensverlauf haben können, benötigen betroffene Kinder und Jugendliche intensive und auf ihre besonderen Bedürfnisse zugeschnittene Unterstützung.

Die speziell auf Kinder- und Jugendliche ausgerichtete Kinder-Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung leistet einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung oder Reduktion von Funktions- und Teilhabestörungen - vor allem durch chronische Erkrankungen. Dies schließt grundsätzlich die Rehabilitation bei Long COVID wie auch im Hinblick auf allgemeine Pandemiefolgen bei Kindern und Jugendlichen ein.

Im Bereich der Rentenversicherung wurde im Jahr 2020 sofort auf die Pandemie reagiert und ein bundeseinheitlicher Kurzantrag für Versicherte eingeführt, die aufgrund der Pandemie ihre Rehabilitation nicht abschließen konnten oder abbrechen mussten und bei denen die Notwendigkeit der erneuten, vollständigen Bewilligung gesehen wird. Auch pandemiebedingt nicht abgeschlossene Leistungen zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation wurden einbezogen [Kurzantrag auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation - G0101 - <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/pdf/G0101.html>].

Leistungen zur Nachsorge der Rentenversicherung

Bei etwa 15 Prozent aller medizinischen Rehabilitationsleistungen werden anschließend Leistungen zur Nachsorge erbracht. Aufgrund der zum Teil langanhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Long-COVID kann den Leistungen zur Nachsorge im Bereich der Rentenversicherung auch bei den Long-COVID-Erkrankten eine besondere Bedeutung zukommen. Sie schließen bei Bedarf an medizinische Reha-Leistungen an und ergänzen diese. Ziel einer Nachsorge ist es, den Erfolg der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern.

Die Leistungen zur Nachsorge sind an den individuellen Bedarf angepasst und werden auch für Kinder und Jugendliche angeboten. Sie werden wohnortnah und oft berufsbegleitend erbracht. Neben analogen Leistungen gibt es zunehmend telematisch assistierte Nachsorgeleistungen (Tele-Nachsorge). Die Nachsorgeangebote können Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, klinische Psychologie, klinische Sozialarbeit, Arbeitstherapie, Ernährungsberatung und diverse Informationsangebote beinhalten. Während der Corona-Pandemie besteht in einer bis Ende 2021 befristeten Modellphase die Möglichkeit einer vereinfachten Zulassung für digitale Angebote, um auch in der aktuellen Situation Leistungen zur Nachsorge zeitnah und erfolgreich erbringen zu können. Derzeit erbringen etwa 150 Rehabilitationseinrichtungen für ihre Patientinnen und Patienten Leistungen zur digitalen Nachsorge. Dies betrifft insbesondere auch die längerfristige Versorgung von Long-COVID-Fällen.

Sektorenübergreifende Versorgung

Primäre Anlaufstelle für Betroffene mit Long-COVID sind Hausärztinnen und Hausärzte. Ihnen kommt eine wichtige Funktion bei der akutmedizinischen Versorgung und Information der Patientinnen und Patienten über die Rehabilitation sowie bei der Nachbehandlung zu. Gleichzeitig besteht in der Ärzteschaft teilweise eine erhebliche Unsicherheit über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Reha-Nachsorge und Wiedereingliederung bei Long-COVID-Patientinnen und -Patienten. Dies erschwert eine nahtlose Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg und birgt das Risiko, dass Long-COVID-Erkrankte keinen zeitnahen Zugang zu entsprechenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Es ist in der Zwischenzeit eine S1-Leitlinie „Post-COVID/ Long-COVID“ erschienen, die auch das Themenfeld Rehabilitation adressiert und damit eine gute Erkenntnisgrundlage für Ärztinnen und Ärzte auch für die Sektorenübergänge bildet.

Bereits umgesetzte und geplante Maßnahmen zu Versorgungsangeboten von Long-COVID und Post-COVID

Die BG-Kliniken als medizinische Versorgungseinrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung haben ein eigenes Konzept zu Post-COVID für die Versorgung bei Vorliegen einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls erarbeitet. Das gestufte Versorgungskonzept der BG Kliniken sieht vor: 1. Post-COVID-Beratung: Studium der Patientenakte und anhand dessen Beratung der UV durch die BG-Klinik; 2. Post-COVID-Sprechstunde: interdisziplinäre klinische Einschätzung zusammen mit

den Erkrankten; 3. Post-COVID Check-Up: stationäre diagnostische Abklärung; 4. Reha-Leistung und Nachsorge. Damit liegt für den Bereich der Unfallversicherung ein Konzept für eine umfassende und strukturierte Versorgung vor.

Derzeit ist nicht bekannt, wie hoch die Auslastung bzw. Belastung der Reha-Einrichtungen durch Long-COVID ist. Vor diesem Hintergrund führt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Auftrag des BMAS eine Abfrage durch, die alle 1.082 vorwiegend stationären Reha-Einrichtungen, die im Rehasstätten-Einrichtungsverzeichnis der BAR gelistet sind, einbezieht. Außerdem ist beabsichtigt, über die Verbände ambulante Dienste/Einrichtungen in die Abfrage einzubeziehen. Zentrales Anliegen der Abfrage ist es, Auskunft über die Kapazitäten bzw. das Angebot für Long-COVID-Patientinnen und -Patienten sowie die Nachfrage nach Reha-Angeboten zu erhalten. Weiterhin werden innerhalb der Online-Befragung Reha-Konzepte, Ausstattungsmerkmale und Erfahrungen bei der Behandlung von Long-COVID ermittelt, um weitergehende Informationen zur Long-COVID-Rehabilitation zu erhalten. Erste belastbare Zahlen sind bis Ende Oktober 2021 zu erwarten.

Des Weiteren sind DRV Bund und GKV-SV in Gesprächen, ob und inwieweit ein „Frühwarnsystem“ aufgebaut werden kann, um eine zunehmende Anzahl von Long-COVID-Fällen frühzeitig zu erkennen und einer möglichen Überlastung der Rehabilitationseinrichtungen gegenzusteuern.

Viele Long-COVID-Erkrankte wünschen sich eine bessere Vereinbarkeit der Rehabilitationsleistungen mit ihrem Alltag. Leistungen der Rentenversicherung werden unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts und der individuellen Situation der Rehabilitanden erbracht und zusätzlich unterstützend digital angeboten (z. B. in Form von Apps). Digitale Gesundheitsanwendungen können therapiebegleitend eingesetzt werden. Zudem ermöglichen sie eine Rehabilitation auf Distanz unabhängig von geltenden pandemiebedingten Einschränkungen. Auch die Unfallversicherung nutzt digitale Leistungen (z.B. Videosprechstunden). Digitale Angebote wie z. B. GesundheitsApps, also Gesundheitsanwendungen im Rahmen von Nachsorgeprogrammen nach Rehabilitationsmaßnahmen, setzt die Unfallversicherung einzelfallbezogen ein. Die gesetzliche Grundlage für digitale Leistungen wurde im Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2021 mit dem Teilhabestärkungsgesetz geschaffen und bildet damit die bestehende Praxis ab.

I.II Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

Neben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen insbesondere die Träger der Renten- und Unfallversicherung auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Zu den Leistungen gehören u. a. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes sowie berufliche Weiterbildungen im Anschluss an eine COVID-19-Erkrankung. Zahlreiche Qualifizierungen werden auch digital angeboten. Dies wurde während der Pandemie weiter ausgebaut. Ziel ist die berufliche Wiedereingliederung der Betroffenen. Bislang steht die medizinische Rehabilitation im Vordergrund und es gibt

kaum Long-COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden bei den Leistungserbringern im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hier liegen noch keine Erfahrungen bezüglich der nahtlosen Erbringung von Teilhabeleistungen vor.

Von den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abzugrenzen ist die stufenweise Wiedereingliederung. Mit Hilfe einer stufenweisen Wiedereingliederung sollen arbeitsunfähige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer schonend, aber kontinuierlich bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit wieder an die Anforderungen ihres bisherigen Arbeitsplatzes herangeführt werden. Die Leistungen werden von den Trägern der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung erbracht, wenn arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise ausüben und sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden können. Die Leistungen setzen folglich ein Teilleistungsvermögen der Leistungsberechtigten (zu Beginn der Leistungen zwei Stunden je Arbeitstag, wobei die Arbeitsleistung grundsätzlich an allen Arbeitstagen erbracht werden soll) voraus und sollen in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Vertragsärzte, Durchgangsärzte, Reha-Ärzte) entscheiden, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind und legen die Arbeitszeiten im Stufenplan fest (im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung muss die stufenweise Wiedereingliederung vom Arzt der medizinischen Rehabilitationseinrichtung angeregt und eingeleitet werden, in der Unfallversicherung kann Sie zusätzlich auch durch den Reha-Manager angeregt werden).

Einige Long-COVID-Betroffene wünschen sich einen stufenweisen Wiedereinstieg in den Beruf. Angesichts einer Long-COVID-bedingten, erhöhten Erschöpfbarkeit bei Belastung wünschen sie sich dabei flexible Modelle der stufenweisen Wiedereingliederung: Einerseits mit nur wenigen Arbeitsstunden in der Woche (z. B. je zwei Stunden an zwei Arbeitstagen pro Woche), um eine Überforderung zu vermeiden. Andererseits mit der Möglichkeit der vollen Ausschöpfung bzw. Ausdehnung der üblicherweise vorgesehenen 6 Monate.

Insgesamt ist eine Reduzierung der Mindestarbeitszeit zu Beginn der Leistung nicht zielführend. Stattdessen sollten die vorhandenen Instrumente der Belastungserprobung und Arbeitstherapie stärker genutzt werden, um die Mindestbelastbarkeit zu erproben und zu erreichen. Nach entsprechender Einschätzung der vertraglich angebotenen Ärztinnen und Ärzte zur Belastbarkeit der Betroffenen wählen insbesondere die Reha-Träger auf Grundlage des individuellen Bedarfs, passgenaue Leistungen zur Ermöglichung einer Wiedereingliederungsperspektive aus (Arbeitserprobung/Belastungserprobung oder/und folgend stufenweise Wiedereingliederung). In der Folge ergibt sich auch keine Notwendigkeit, den Gesamtrahmen der stufenweisen Wiedereingliederung zu erweitern.

Bisher werden die bestehenden Möglichkeiten zu den weitergehenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht immer genutzt, um auf eine stufenweise Wiedereingliederung vorzubereiten. Dies lässt vermuten, dass sie in der Ärzteschaft und bei den Betroffenen zu wenig bekannt sind.

II. Handlungsempfehlungen¹

1) Stufenweise Wiedereingliederung:

Long-COVID-Erkrankte leiden häufig an einer erhöhten Erschöpfbarkeit bei Belastung. Sie beklagen, dass dadurch eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Beruf gefährdet sei.

Empfohlener Lösungsansatz:

- Es wird empfohlen, dass Long-COVID-Erkrankte regelmäßig eine Belastungserprobung und Arbeitstherapie erhalten, wenn die Empfehlung der angebundenen Ärztinnen und Ärzte (im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung sind das ausschließlich die Reha-Ärztinnen und Ärzte) für eine stufenweise Wiedereingliederung anfangs unter zwei Stunden pro Tag liegt oder wenn die Wiedereingliederung wegen Nichterreichen an dieser Grenze scheitert. Die Belastungserprobung kann in Fällen besonders schwerer Schädigungen in Betracht kommen und dient der Klärung der Leistungsfähigkeit. Durch eine Arbeitstherapie wird die Belastbarkeit, insbesondere in Bezug auf das Berufsleben, überprüft. Sie nutzt den Erwerb und die Verbesserung von Grundarbeitsfähigkeiten, um Krankheiten umfassend zu behandeln.
- Alternativ kann im Bereich der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung die gezielte Inanspruchnahme von Einrichtungen mit Angeboten der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) geprüft werden. Mögliche arbeitsplatzbezogene Fragen können dann bereits in der Planung der „ersten“ Leistung zur medizinischen Rehabilitation und während der Leistungen berücksichtigt werden (z. B. Arbeitsplatztraining zur Steigerung der Leistungsfähigkeit), um einen erfolgreichen Übergang in die stufenweise Wiedereingliederung zu gewährleisten.
- Die Reha-Träger informieren ihre vertraglich angebundenen Ärztinnen und Ärzte (Vertragsärzte, Durchgangsärzte, Reha-Ärzte) über die Möglichkeiten einer Belastungserprobung / Arbeitstherapie sowie weiterer berufsbezogener Rehabilitationsangebote vor Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung als Möglichkeiten, eine Rückkehr in die berufliche Tätigkeit bei Long-COVID-Betroffenen vorzubereiten. Ebenso sind die Ärztinnen und Ärzte darüber zu informieren, dass eine Streckung der Förderdauer im Bedarfsfall auf bis zu sechs Monate möglich ist und ausgeschöpft werden kann.

¹ **Hinweis:** Die im Sachstand verschiedentlich aufgeführten Forschungsbedarfe werden in der Synopse zu Forschungslandschaft und Forschungsstrategien und die Informationsbedarfe in der Synopse zu Kommunikation und Informationsangeboten aufgegriffen.

- Die Long-COVID Informationen auf der Website der Reha-Träger sollten um Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung (und ggf. zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie) ergänzt werden.

2) Sektorenübergreifende Versorgung:

Reha-Mediziner und –Medizinerinnen beklagen mitunter eine unzureichende Nachbehandlung der Patientinnen und Patienten mit Long-COVID nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Empfohlener Lösungsansatz:

Es wird empfohlen, eine enge Verknüpfung spezialisierter Long-COVID-Versorgung im Bereich der GKV mit Reha-Angeboten aller Träger als besonderes und notwendiges Qualitätsmerkmal hervorzuheben.

3) Interdisziplinarität mit Telemedizin fördern

Im Zusammenhang mit Long-COVID betonen Fachkreise die in besonderem Maße erforderliche interdisziplinäre Herangehensweise.

Empfohlener Lösungsansatz:

Es wird empfohlen, auch im Bereich der Rehabilitation und Nachsorge telemedizinische Angebote verstärkt unterstützend zu nutzen und so die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern. Für eine Ausweitung der telemedizinischen Angebote kann auf Ergebnissen von Modellvorhaben verschiedener Rehabilitationsträger aufgebaut werden, Erfolgreiche Modellvorhaben können perspektivisch verstärkt auch in die Fläche gebracht werden.