

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/32135 –**

Pflege und Versorgung in Rehabilitationskliniken während der Corona-Pandemie

Vorbemerkung der Fragesteller

Maßnahmen zur Rehabilitation sind bei Menschen infolge einer Erkrankung oder eines Unfalls unverzichtbar, um dauerhaften Beeinträchtigungen oder Behinderungen vorzubeugen und Pflegebedarf abzuwenden oder zu verzögern.

Dabei gilt nach § 31 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) der Voratz der Rehabilitation vor Pflege. Gleichzeitig stellt der auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt herrschende Personalmangel in der Pflege auch ein Problem für die Rehabilitationskliniken dar (vgl. <https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/sofortprogramm-pflege-rehakliniken-gehen-leer-aus-12467/>).

Aufgrund der seit März 2020 grassierenden Corona-Pandemie sind viele Menschen nach einer Erkrankung an COVID-19 auf eine Rehabilitation angewiesen. Die Deutsche Rentenversicherung erwartet, dass die Anzahl an Menschen mit Rehabilitationsbedarf aufgrund von Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung stark ansteigen wird (<https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-reha-long-covid-langzeiteffekte-102.html>). Es ist zu befürchten, dass die Nachfrage an entsprechenden Rehabilitationsangeboten nicht erfüllt werden kann und Bedarfe unerfüllt bleiben.

Laut einer international angelegten Studie mit über 4.000 Probandinnen und Probanden ergab sich ein relativer Anteil von ca. 13 Prozent an Patientinnen und Patienten, die an COVID-19 erkrankt sind und langfristige Symptome aufweisen (vgl. <https://www.nature.com/articles/s41511-021-01292-y>). Eine weitere Studie verweist darauf, dass ein erhöhter Anteil an Patientinnen und Patienten selbst nach einer COVID-19-Erkrankung mit leichtem Verlauf im ersten halben Jahr gesundheitliche Einschränkungen und medizinischen Behandlungsbedarf vorweist (vgl. [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00099-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00099-5/fulltext)).

Spät- und Langzeitfolgen von COVID-19, auch Long-COVID oder Post-COVID genannt, umfassen nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Symptome wie starke Erschöpfung und Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns, Gedächtnis- und Konzentrationsverlust, Schlaflosigkeit und Beeinträchtigungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels sowie psychische Folgen (vgl. <https://www.tagesschau.de/faktenfinder/covid-folgen->

101.html). Eine vorveröffentlichte Studie der Charité zeigt, dass ein Teil der Betroffenen zudem das Vollbild eines postinfektiösen Chronischen Fatigue-Syndroms (CFS) entwickelt, einer schweren, komplexen neurologischen Erkrankung (vgl. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.06.21249256v1>).

Laut Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/28419 liegen in Deutschland bislang keine Daten zur Anzahl und zum Ausmaß der an Long-COVID erkrankten Patientinnen und Patienten vor. Gleichwohl ist nach Ansicht der Fragestellenden das Ausmaß der Langzeitfolgen von COVID-19 nicht nur in Krankenhäusern und auf Intensivstationen, sondern auch in Rehabilitationseinrichtungen spürbar.

Zu Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen hat die Bundesregierung auch nach einem Jahr seit Pandemiebeginn nahezu keine Kenntnisse (vgl. die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/31150). Gleichzeitig weisen Expertinnen und Experten aus der Praxis immer wieder auf den Bedarf an altersspezifischen Rehabilitationsangeboten für Kinder und Jugendliche hin (vgl. <https://www.tagesschau.de/multimedia/video/video-888281.html>).

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation verweist darauf, dass in Rehakliniken aufgrund der hohen Anzahl an COVID-19-Erkrankten mittlerweile Versorgungsengpässe bestehen. Aufgrund von hohen Wartezeiten könnten viele Patientinnen und Patienten nicht im Anschluss ihrer Akutbehandlung die Rehabilitation fortsetzen (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123038/Long-COVID-Rehaverband-warnt-vor-Engpaessen-bei-Therapie>).

Dabei ist laut einer internationalen Studie zu Rehabilitation nach COVID-19 substanziell mehr Personal und Ausstattung zur Rehabilitation notwendig, um die Patientinnen und Patienten angemessen versorgen zu können (vgl. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32705860/>). Für Patientinnen und Patienten mit Post-COVID-CFS müsse ein spezielles Programm entwickelt werden, das auf die besondere Belastungsintoleranz Rücksicht nimmt, welche bei Anstrengung in einer Krankheitsverschlechterung resultiert, der sogenannten Post Exertional Malaise (vgl. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.06.21249256v1.full.pdf>).

Aufgrund der hohen Anzahl an Long-COVID-Patientinnen und Long-COVID-Patienten sowie dem erhöhten Personalbedarf in Rehabilitationskliniken möchten die Fragesteller Auskunft darüber erhalten, welche Erkenntnisse der Bundesregierung zur Versorgungssituation in Rehabilitationskliniken vorliegen und welche Maßnahmen ergriffen werden, um eine adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Vorrangiges Ziel der Bundesregierung ist es, die Infektionen mit COVID-19 möglichst gering zu halten. Impfen bietet den besten Schutz vor einer Infektion und somit auch vor Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung.

Die Bundesregierung hat frühzeitig Maßnahmen in die Wege geleitet, um Erkenntnisse zu Long-COVID zu gewinnen und Handlungsbedarfe zu identifizieren. Dies betrifft auch die Auswirkungen, die die Erkrankung für das Rehabilitationssystem in Deutschland hat.

Auf zwei Aktivitäten der Bundesregierung wird im Vorfeld der Beantwortung der Fragen besonders hingewiesen:

Zum einen wurde eine Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) Long-COVID unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eingerichtet, die im Zeitraum vom 8. Juni bis zum 17. August 2021 sechsmal zu ver-

schiedenen Aspekten und Themen rund um das Erkrankungsbild Long-COVID tagte.

Zum anderen hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) Anfang Juli 2021 die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) gebeten, quantitative und qualitative Daten zur Versorgungslage von Long-COVID-Betroffenen aller Rehabilitationsträger in den Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, zu erheben. Ziel dieser Bestandsaufnahme ist es, nähere Daten und Informationen zu Angebot, Nachfrage, Erfahrungen, Rehabilitationskonzepten und zu Entwicklungsperspektiven im Zusammenhang mit Long-COVID zu bekommen. Geplant ist, dass, neben den stationären Einrichtungen, über die Spitzenverbände auch ambulante Einrichtungen und Dienste in die Befragung einbezogen werden. Erste Ergebnisse der Bestandsaufnahme werden für Mitte Oktober 2021 erwartet.

1. Wie viele Plätze in der ambulanten und stationären Rehabilitation gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland (bitte nach Versicherungsträgern und Bundesländern aufschlüsseln)?
2. Wie viele ambulante und stationäre Plätze stehen in Deutschland nach Kenntnissen der Bundesregierung für pneumologische Rehabilitation zur Verfügung (bitte nach Bundesländern und Versicherungsträgern aufschlüsseln)?

Die Fragen 1 und 2 werden gemeinsam beantwortet.

Aktuell können nach Aussage des Statistischen Bundesamtes nur Angaben für das stationäre Versorgungsangebot bzw. die stationären Vorsorgeleistungen für das Berichtsjahr 2019 gemacht werden. Eine Differenzierung nach einzelnen Versicherungsträgern ist nicht möglich.

Die Gesamtzahl der Betten – aufgeschlüsselt nach Bundesländern – ergibt sich aus nachstehender Tabelle:

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2019

Fachabteilung gem. der Deutschen Rentenversicherung	DE	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Aufgestellte Betten																	
Fachabteilungen insgesamt	163 336	25 727	29 475	442	5 292	384	375	15 512	10 375	17 203	20 272	7 120	2 578	8 636	3 814	10 583	5 548
darunter:																	
Pneumologie	1 977	455	344	-	-	-	-	15	161	211	166	100	-	-	70	390	65
Neurologie	17 907	2 926	2 805	258	521	138	57	1 823	633	1 251	3 556	465	268	1 515	490	691	510
Psychosomatik/Psychotherapie	20 697	3 540	2 334	-	721	-	-	3 037	1 261	2 121	2 684	1 284	461	1 324	173	732	1 025

- = nichts vorhanden

© Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2021
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

3. Wie viele ambulante und stationäre Behandlungsplätze sowie Rehabilitationseinrichtungen gibt es nach Kenntnisstand der Bundesregierung derzeit in Deutschland für Patientinnen und Patienten mit ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis und Chronisches Fatigue-Syndrom) (bitte nach Bundesländern und Versicherungsträgern aufschlüsseln)?

Zu der Anzahl der Behandlungsplätze liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

Nach den Ausführungen des Statistischen Bundesamtes, das die Anzahl der im Berichtsjahr 2019 aus einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (mit mehr als 100 Betten) entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten mit

der Hauptdiagnose G93.3 (Chronisches Müdigkeitssyndrom) erfasst hat, stellt sich nach Bundesländern die Lage im Jahr 2019 wie folgt dar:

Aus der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung*) entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten 2019
Hauptdiagnose G93.3 (Chronisches Müdigkeitssyndrom [Chronic fatigue syndrome]) nach Bundesländern (Behandlungsort)

Diagnose/Behandlungsanlass	DE	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
	Anzahl																
G93.3	1 689	33	40	-	1	-	-	22	24	21	4	2	3	37	1	1 498	3

*) Einrichtungen mit mehr als 100 Betten.

-- nichts vorhanden

© Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2021
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Eine nähere Differenzierung der Daten nach Versicherungsträgern ist nicht möglich.

4. Wie viele ambulante und stationäre Plätze stehen in Deutschland nach Kenntnissen der Bundesregierung für neurologische Rehabilitation zur Verfügung (bitte nach Bundesländern und Versicherungsträgern aufschlüsseln)?
5. Wie viele ambulante und stationäre Plätze stehen in Deutschland nach Kenntnissen der Bundesregierung für psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation zur Verfügung (bitte nach Bundesländern und Versicherungsträgern aufschlüsseln)?

Die Fragen 4 und 5 werden gemeinsam beantwortet.

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

6. Welche bzw. wie viele Leistungen der ambulanten und stationären Rehabilitation infolge einer SARS-CoV-2-Infektion werden nach Kenntnis der Bundesregierung pro Behandlungsfall kombiniert?

Die Kombination verschiedener stationärer und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach einer SARS-CoV-2-Infektion ist nach Ansicht der Bundesregierung bei allen Rehabilitationsträgern, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, möglich. Maßgebend ist im Einzelfall der individuelle Bedarf des Versicherten, der vom Rehabilitationsträger im Vorfeld einer Rehabilitationsmaßnahme ermittelt wird.

In der Regel erfolgt die Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung, in der die im Vordergrund stehende Indikation mit bestmöglicher Qualität therapiert wird. Weitere (Neben-)Indikationen können in der Regel mittherapiert werden. Sollte nach Abschluss der ersten medizinischen Rehabilitation weiterhin Rehabilitationsbedarf bestehen, kann eine zweite Rehabilitation mit einem anderen Schwerpunkt bzw. anderen Indikationen erfolgen. Im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation besteht außerdem bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen ein Anspruch auf Leistungen zur Nachsorge.

Auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Kombination verschiedener Maßnahmen nicht ausgeschlossen.

Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung werden, soweit sinnvoll und möglich, mit „allen geeigneten Mitteln“ rehabilitiert. Dies schließt die Kombination von verschiedenen stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Nachsorgemaßnahmen – auch bei verschiedenen Leistungserbringern – mit ein.

7. Welche Trends lassen sich aus den bisherigen Behandlungsdaten hinsichtlich der Leistungskombinationen identifizieren?

Für die Bereiche der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung liegen keine diesbezüglichen Angaben vor.

Die Behandlungsmaßnahmen für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung werden durch verschiedene Forschungsprojekte begleitet. Zu Trends oder Häufigkeiten in Bezug auf Leistungskombinationen liegen zurzeit keine Erkenntnisse vor. In dem im „Post-COVID-Programm“ der gesetzlichen Unfallversicherung beschriebenen interdisziplinären Untersuchungs- und Behandlungskonzept der Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken (BG Kliniken) für die gesetzliche Unfallversicherung bauen COVID-Beratung, COVID-Sprechstunde und der Post-COVID-Check mit ggf. anschließender Rehabilitation im Sinne eines gestuften Vorgehens aufeinander auf.

8. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung zum Angebot und zum Bedarf an Long-COVID-Ambulanzen und Long-COVID-Rehabilitationsmaßnahmen für Erwachsene in Deutschland vor (bitte nach Bundesländern und Versicherungsträgern sowie nach Altersgruppen und Geschlecht aufschlüsseln)?

Derzeit liegen der Bundesregierung keine eigenen Kenntnisse über das Angebot an Post- bzw. Long-COVID-Ambulanzen vor. Das BMG führt aktuell eine Abfrage bei den Ländern durch hinsichtlich der Anzahl und Verteilung der Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, die ein Behandlungsangebot bei einer Long-COVID-Erkrankung anbieten. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die Selbsthilfegruppe Long COVID Deutschland auf ihrer Internetseite eine eigene Übersicht zu Post-COVID-Ambulanzen veröffentlicht hat, die regelmäßig aktualisiert wird (<https://longcoviddeutschland.org/post-covid-19-ambulanzen/>).

Die bestehenden Angebote der Rehabilitationsträger, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, sind nach Ansicht der Bundesregierung grundsätzlich ausreichend für eine adäquate Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist ergänzend festzuhalten, dass es bei der überwiegenden Mehrzahl der gemeldeten COVID-19-Patientinnen und -Patienten innerhalb kurzer Zeit zu einer vollständigen Genesung kommt. Gleichwohl sind bei einem noch nicht konkret quantifizierbaren Anteil der Patientinnen und Patienten schwere und langanhaltende Krankheitsfolgen zu beobachten. Dies betrifft nicht nur Versicherte, die zur Fallgruppe der erkrankten Personen mit initialer akutstationärer Behandlung (ggf. einschließlich Beatmung) gehören, sondern auch Versicherte der Fallgruppe mit initial leichter und mittelschwerer Symptomatik. Das speziell für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung von den BG Kliniken gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) entwickelte „Post-COVID-Programm“ (<https://www.bg-kliniken.de/post-covid-programm/>) unterstützt die fachgerechte Versorgung und Rehabilitation entsprechender Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Bezogen auf Versicherte der gesetz-

lichen Unfallversicherung, die an dem Behandlungsangebot der BG Kliniken teilnehmen, besteht der Bedarf zurzeit vor allem bei der Ersteinschätzung, z. B. in Long-COVID-Ambulanzen.

9. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung zum Angebot und zum Bedarf an Long-COVID-Ambulanzen und Long-COVID-Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche in Deutschland vor (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Auch Kinder und Jugendliche haben gegenüber den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung einen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Im Übrigen gilt, dass die bestehenden Strukturen und Fachabteilungen für die Behandlung von Folgestörungen nach COVID-19 geeignet sind.

Bislang wurden im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nur relativ wenige Erkrankungen von Kindern oder Jugendlichen im Zusammenhang mit dem Besuch einer Tageseinrichtung (Kita, Schule) gemeldet. Es wird davon ausgegangen, dass sich im Verlauf der Corona-Pandemie auch bei Kindern und Jugendlichen Long-COVID-Erkrankungen einstellen werden, allerdings seltener als bei Erwachsenen. Diese Kinder werden in Kinderkliniken und anderen geeigneten Kliniken symptombezogen behandelt. Eine zentrale Behandlung etwa in Kliniken, die auf nur eine medizinische Fachrichtung spezialisiert sind, wäre in Fallgestaltungen multipler Krankheitserscheinungen nicht ausreichend.

Die Antwort der Bundesregierung zu Frage 24 der Kleinen Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 19/31150) hat weiterhin Gültigkeit. Zu gegebener Zeit wird es weitere Erkenntnisse u. a. über die in der Drucksache in der Antwort zu Frage 22 bereits angesprochene Studie geben. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie führt das Universitätsklinikum Dresden den „Post-COVID-19 Survey“ durch, um Langzeitfolgen von SARS-CoV-2-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu erforschen.

10. Wie viele Pflegehilfs-, Pflegeassistenten- und Pflegefachkräfte arbeiten nach Kenntnissen der Bundesregierung in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (bitte nach Bundesländern und Qualifikationsgrad aufschlüsseln)?
 - a) Wie viele Mitarbeitende (jeweils Pflegehilfs- bzw. Pflegeassistentenkräfte und Pflegefachpersonen) arbeiten in Teilzeit?
 - b) Wie viele Mitarbeitende (jeweils Pflegehilfs- bzw. Pflegeassistentenkräfte und Pflegefachpersonen) arbeiten in Vollzeit?

Die Fragen 10 bis 10b werden gemeinsam beantwortet.

Die Anzahl der Beschäftigten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit abgeschlossener Berufsausbildung in einem Pflegeberuf nach Bundesländern ist der nachstehenden Tabelle zu entnehmen.

Beschäftigte in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2019

Personalgruppe/ Berufsbezeichnung	DE	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
	Anzahl																
Gesundheits- und Krankenpfege/-innen (3-jährige Ausbildung oder gleichwertig anerkannt)	18 254	2 840	3 599	84	579	72	52	1 577	674	1 641	2 850	814	359	1 549	314	812	438
Gesundheits- und Kinderkrankenpfege/-innen (3-jährige Ausbildung oder gleichwertig anerkannt)	883	124	139	-	50	23	-	29	52	76	128	22	11	105	27	83	14
Krankenpflegehelfer/-innen (1 - 2-jährige oder gleichwertige Ausbildung)	2 670	399	567	3	91	6	3	194	122	250	439	178	51	177	46	74	70

-- nichts vorhanden

© Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2021

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

11. Wie hoch ist nach Kenntnissen der Bundesregierung der Bedarf an Pflegekräften in Rehabilitationskliniken in Deutschland?
12. Wie hat sich der Bedarf an Pflegekräften in Rehabilitationskliniken in Deutschland im Verlauf der Corona-Pandemie (seit März 2020) entwickelt?
13. Wie hoch ist nach Kenntnissen der Bundesregierung der Bedarf an Pflegefachpersonen bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche in Deutschland, und wie hat sich der Bedarf im Verlauf seit der Corona-Pandemie (März 2020) entwickelt?

Die Fragen 11 bis 13 werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat keine gesonderten Kenntnisse über den Bedarf an Pflegekräften, Pflegefachpersonen bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern in Rehabilitationskliniken in Deutschland. Rehabilitationskliniken nehmen selbstständig und in eigener Verantwortung die Bedarfsplanung an Pflegefachpersonen bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern vor. Über einen veränderten Bedarf seit Ausbruch der Corona-Pandemie im März 2020 liegen keine Erkenntnisse vor.

14. Wie viele Patientinnen und Patienten mussten und müssen nach Kenntnissen der Bundesregierung derzeit infolge einer COVID-19-Erkrankung in Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden (bitte nach Bundesländern und Sozialversicherungsträgern sowie nach Altersgruppen und Geschlecht aufschlüsseln)?

Für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Bundesregierung aus dem Bereich der Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Folgendes bekannt:

Die Statistiken der Deutschen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation beruhen auf der Auswertung der Entlassungsberichte. Eine Identifizierung der Fälle ist mittels ICD-Codes möglich. Im Jahr 2020 wurden beim überwiegenden Anteil der Versicherten die Codes U07.1 und U07.2 zum Vorliegen einer Krankheit verwendet. Aus den vorhandenen Daten lässt sich nicht abschließend analysieren, ob COVID-19 den Rehabilitationsbedarf begründet bzw. die Infektion vor der Rehabilitation aufgetreten ist.

Im November 2020 wurde die Systematik um Folgezustände nach COVID-19 erweitert (U07.3, U07.4, U07.5). Männer waren häufiger betroffen als Frauen (54 Prozent vs. 46 Prozent). Bezüglich der Altersgruppen ist ein deutlicher Anstieg der absoluten Zahlen mit zunehmendem Alter zu erkennen. Erste unvollständige Analysen der Entlassungsberichte aus dem Jahr 2021 zeigen, dass es

– wie zu erwarten – zu einer stetigen Zunahme der Codes für die Folgezustände nach COVID-19 kommt. Die ICD-10 wurde 2021 erneut angepasst; die oben genannten Codes haben nun die Ziffern U08.9, U09.9 und U10.9 erhalten. Nach ersten Hochrechnungen wurden bundesweit im ersten Halbjahr 2021 monatlich durchschnittlich 570 medizinische Rehabilitationen im Zusammenhang mit Folgezuständen nach COVID-19 durchgeführt. Diese Zahlen beziehen sich auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Weiterhin werden mehr Rehabilitationen durchgeführt, bei denen U07.1 und U07.2 als Diagnose kodiert werden. Der Geschlechterunterschied bleibt unverändert. Weiterhin sind ältere Versicherte in absoluten Zahlen häufiger betroffen.

In der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung wird bei den Leistungsfällen der medizinischen Rehabilitation nicht nach einzelnen Krankheitsdiagnosen unterschieden. Im Übrigen liegen der Bundesregierung zur gesetzlichen Krankenversicherung keine Erkenntnisse zu dieser Fragestellung vor.

Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung liegen ebenfalls keine Angaben vor.

15. Wie lange dauert die Behandlung in Folge einer COVID-19-Erkrankung in Rehabilitationseinrichtungen durchschnittlich (bitte nach Bundesländern und Sozialversicherungsträgern sowie nach Altersgruppen und Geschlecht aufschlüsseln)?

Im Bereich aller Rehabilitationsträger, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, entspricht die Dauer einer Long-COVID-Behandlung der auch für andere Indikationen üblichen Dauer. Je nach Fachrichtung liegt diese zwischen drei und fünf Wochen. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können auch für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies zum Erreichen des Rehabilitationszieles erforderlich ist. Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherung dauern so lange, bis deren Ziele erreicht sind oder eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes medizinisch nicht mehr zu erwarten ist.

16. Welche körperlichen, mentalen und seelischen Symptome und Beeinträchtigungen werden im Rahmen der Rehabilitation behandelt (bitte Häufigkeiten nach Geschlecht angeben)?

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden alle Funktionsstörungen behandelt, die Einfluss auf das Leistungsvermögen (im Erwerbsleben) haben. Dazu gehören beispielsweise Dyspnoe, eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, kognitive Einschränkungen und psychische Folgeerkrankungen. Eine Angabe nach Häufigkeit und Geschlecht ist nicht möglich.

17. Wie stellt sich nach Kenntnissen der Bundesregierung die Altersverteilung der an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten dar, die in Rehabilitationskliniken behandelt werden sowie deren durchschnittliche Rehabilitationsdauer (bitte nach Altersgruppen und Geschlecht aufschlüsseln)?

Für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung ist festzustellen, dass ältere Versicherte häufiger betroffen sind. Auf die Antwort zu Frage 14 wird hingewiesen.

Für die Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

18. Wie viele an COVID-19-Erkrankte haben nach derzeitigem Kenntnisstand der Bundesregierung längerfristigen oder dauerhaften Pflegebedarf (bitte nach Altersgruppen und Geschlecht aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen die seitens des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) ausgewerteten Ergebnisse der durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durchgeführten Pflegebegutachtungen aus dem Jahr 2020 vor. In die Auswertung einbezogen wurden Personen, bei denen das Krankheitsbild in den pflegebegründenden Diagnosen genannt wurde und die mindestens den Pflegegrad 1 erhalten haben. Die Zahl der insoweit als an COVID-19 erkrankt bekannten Pflegebedürftigen kann den beiden nachstehenden Tabellen entnommen werden.

Tabelle 1a:

COVID-19 als pflegebegründende Diagnose bei Erst-, Änderungs- und Wiederholungsbegutachtungen:

Alter	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
unter 50	2	4	6
50–59	17	7	24
60–69	30	16	46
70–79	50	36	86
80–89	74	81	155
90 und älter	7	18	25
Gesamt	180	162	342

Tabelle 1b:

COVID-19 als pflegebegründende Diagnose nur bei Erstbegutachtungen:

Alter	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
unter 50	2	2	4
50–59	13	5	18
60–69	24	10	34
70–79	31	21	52
80–89	43	36	79
90 und älter	4	5	9
Gesamt	117	79	196

19. Wie viele Pflegekräfte sind nach Kenntnis der Bundesregierung infolge einer Erkrankung an COVID-19 und über die akute Krankheitsphase hinaus in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (bitte nach Altersgruppen und Geschlecht aufschlüsseln)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Angaben vor.

20. Worin unterscheiden sich die Rehabilitationsangebote für Long-COVID-Patientinnen und Long-COVID-Patienten der verschiedenen Sozialversicherungsträger (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Deutsche Rentenversicherung (DRV), soziale Krankenversicherung/soziale Pflegeversicherung (GKV/SPV)) nach Kenntnis der Bundesregierung, und wie bewertet die Bundesregierung diese Unterschiede, bzw. welche Maßnahmen werden zum Abbau etwaiger Unterschiede unternommen?

Die verschiedenen Sozialleistungsträger unterscheiden sich insbesondere in ihrer Zuständigkeit sowie ihrer gesetzlichen Aufgaben- und Zielstellungen. Ziel aller Rehabilitationsträger ist es, Selbstbestimmung sowie die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern (§ 1 SGB IX).

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit.

Eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist insbesondere durchzuführen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, um die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen.

Die Rehabilitationsträger haben ausgehend von ihren gesetzlichen Aufgaben und Zuständigkeiten unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, um ihre Versicherten bestmöglich zu versorgen. Einen wichtigen Baustein bilden hier ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Diese finden in den Rehabilitationseinrichtungen statt. Viele Rehabilitationseinrichtungen haben Zulassungen verschiedener Rehabilitationsträger.

21. Sieht es die Bundesregierung als erforderlich an, das Behandlungsangebot in Rehabilitationskliniken für Patientinnen und Patienten mit Spät- und Langzeitfolgen von COVID-19 auszubauen?

Die Bundesregierung beobachtet aktuelle Entwicklungen im Kontext von Long-COVID-Erkrankungen sehr genau. Unter Federführung des BMG führt eine Interministerielle Arbeitsgruppe Long-COVID auf Fachebene eine Bestandsaufnahme zu Long-COVID durch (siehe auch Antwort zu Frage 32). Darin werden auch Fragen der rehabilitativen Versorgung erörtert. Ziel der übergreifenden Bestandsaufnahme ist es, etwaige Handlungsbedarfe zu identifizieren.

Darüber hinaus hat das BMAS Anfang Juli 2021 die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) beauftragt, quantitative und qualitative Daten zur Versorgungslage von Long-COVID-Betroffenen aller Rehabilitationsträger in den Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, zu erheben. Auf die Ausführungen der Bundesregierung in ihrer Vorbemerkung wird hingewiesen. Die Ergebnisse der Befragung dienen als Grundlage für weitere Entscheidungen.

22. Welche Maßnahmen zum Ausbau des Behandlungsangebots in Rehabilitationskliniken für Patientinnen und Patienten mit Spät- und Langzeitfolgen von COVID-19 hat die Bundesregierung ergriffen?

Es wird auf die Antwort zu Frage 21 verwiesen.

23. Ist aus Sicht der Bundesregierung eine spezialisierte rehabilitative Behandlung von Menschen mit Long COVID flächendeckend, wohnort- und zeitnah gewährleistet?
- a) Wenn ja, worauf stützt die Bundesregierung diese Einschätzung?
- b) Wenn nein, welche Maßnahmen trifft die Bundesregierung, um einem möglichen Versorgungsengpass entgegenzuwirken?

Die Fragen 23 bis 23b werden gemeinsam beantwortet.

Insgesamt ist das System der Rehabilitation mit seinen bewährten und vielseitigen Strukturen aus Sicht der Bundesregierung und auch aus Sicht vieler Expertinnen und Experten sehr gut geeignet, Funktionsstörungen auch infolge von neuen Erkrankungen wie Long-COVID zu behandeln.

Die gesetzliche Rentenversicherung reagiert auf neue Erfordernisse und Anforderungen durch Long-COVID flexibel. Ein bedarfsgerechter Zugang zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist grundsätzlich gewährleistet. Ein wohnortnahes Angebot ist nicht immer gewährleistet, insbesondere in ländlichen, wenig dicht besiedelten Gebieten. Wartezeiten entstehen nach Kenntnis der Rentenversicherung nur, wenn spezielle Wünsche bezüglich der Einrichtung geäußert werden. Eine adäquate Versorgung ist jedoch in allen verfügbaren Abteilungen möglich.

Gleiches gilt für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 21 verwiesen.

Die Heilverfahrenssteuerung der Unfallversicherungsträger ist regelmäßig darauf gerichtet, geeignete Diagnostik- und Therapiemaßnahmen möglichst wohnortnah einzuleiten. Dabei greifen die Unfallversicherungsträger für die Heilverfahrenssteuerung auch auf die bewährten Versorgungsstrukturen der Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken (BG Kliniken) zurück. Die BG Kliniken verfügen – neben ihrer Fachexpertise im neurologischen und psychologischen Bereich – aufgrund ihrer interdisziplinären Ausrichtung und ihrer langjährigen Erfahrungen im Rehabilitationsbereich über fachärztliche Kompetenzen in der Beurteilung komplexer Krankheitsbilder. Diese fachärztlichen Kompetenzen können für eine erste Einschätzung von Versicherten mit Langzeitfolgen nach COVID-19-Erkrankung seitens der Unfallversicherungsträger genutzt werden. Fachspezifische Rehabilitationsangebote bilden die Post-COVID-Reha in der BG Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall sowie in den 9 BG Akutkliniken die Neurologische Rehabilitation, sonstige fachspezifische Rehabilitationsangebote sowie die bereits langjährig eingeführten Angebote der integrierten, aktivierenden Rehabilitation (Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung, Komplexe stationäre Rehabilitation, Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation bzw. Tätigkeitsorientierte Rehabilitation).

24. Welche Weiterbildungsangebote zur Behandlung von an COVID-19 Erkrankten in Rehabilitationskliniken gibt es nach Kenntnissen der Bundesregierung für das Gesundheitspersonal?

Mittlerweile wurden mehrere Leitlinien zum Thema COVID-19 sowie Long-COVID, abrufbar über die Seiten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftli-

chen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), veröffentlicht. In den Leitlinien finden sich auch Informationen zu entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen sowie zum Zugang zur Rehabilitation. Weiterhin geht die Bundesregierung davon aus, dass – wie bei anderen Erkrankungen – Fortbildungen und Erfahrungsaustausche auf lokaler Ebene durch die Rehabilitationseinrichtungen oder durch die Spitzenverbände der Leistungserbringer angeboten werden.

25. Wie werden nach derzeitigem Kenntnisstand der Bundesregierung digitale Angebote von Rehabilitationsmaßnahmen mit bestehenden Maßnahmen verknüpft, und inwiefern werden digitale Maßnahmen zur langfristigen Behandlung von an COVID-19 Erkrankten eingesetzt?

Mit dem Inkrafttreten des Teilhabestärkungsgesetzes wurden am 9. Juni 2021 digitale Gesundheitsanwendungen in den Leistungskatalog der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgenommen (§ 47a SGB IX). Dazu zählen Apps mit medizinischem Nutzen, die über die Funktion einer Kommunikationsplattform hinausgehen, positive Versorgungseffekte für die Patientinnen und Patienten haben und in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen wurden.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung können Leistungen zur Nachsorge unter bestimmten Voraussetzungen seit 2017 in digitalisierter Form erbracht werden. Noch bis zum 31. Dezember 2021 läuft eine befristete Modellphase, die eine vereinfachte Zulassung für digitale Angebote vorsieht. Derzeit können etwa 150 Rehabilitationseinrichtungen ihren Patientinnen und Patienten digitale Nachsorgeangebote machen. Dies betrifft auch die längerfristige Versorgung von Long-COVID-Patientinnen und -Patienten. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können ebenfalls als digitalisierte Elemente in Trainings, in Vorträgen und in Schulungen eingesetzt werden, um trotz Kontaktbeschränkungen und Hygienevorschriften eine qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistung anzubieten. Hiervon profitieren auch COVID-19-Erkrankte.

In durch die gesetzliche Rentenversicherung finanzierten Machbarkeitsstudien werden aktuell die Rahmenbedingungen für eine solche hybride Form der Rehabilitation bei psychischen und orthopädischen Erkrankungen untersucht.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung liegen hier keine weiteren Erkenntnisse vor.

In der gesetzlichen Unfallversicherung werden aufgrund der Komplexität und der erforderlichen Einbindung unterschiedlicher Fachrichtungen im Rahmen der Rehabilitation bei Langzeitfolgen von COVID-19-Erkrankungen digitale Angebote im Rahmen der Nachsorge nach Rehabilitationsmaßnahmen bislang nicht flächendeckend eingesetzt. Die BG Kliniken nutzen im Rahmen ihrer Beratung ggf. auch digitale Mittel (Video-Beratung) und führen in Einzelfällen Video-Sprechstunden mit Versicherten durch. Darüber hinaus werden interdisziplinäre Fallbesprechungen klinikübergreifend per Video durchgeführt.

26. Welche Rehabilitationseinrichtungen sind nach Kenntnissen der Bundesregierung bereits auf die speziellen Bedürfnisse von Post-COVID-CFS-Patientinnen und Post-COVID-CFS-Patienten ausgerichtet (bitte nach Bundesländern und Sozialversicherungsträger aufschlüsseln)?

Die Bundesregierung hat im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung bislang keine Erkenntnisse, dass hier

spezielle Konzepte für Post-COVID-CFS erforderlich sind, die über die vorhandenen CFS-Konzepte hinausgehen. Mit den bestehenden Konzepten kann den Betroffenen ein gutes Angebot gemacht werden. Forschungsvorhaben rund um das Thema CFS sind aktuell in Planung.

Für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung gibt es spezielle, fachspezifische Rehabilitationsangebote derzeit in den BG Kliniken in Berlin, Bochum, Duisburg, Halle, Hamburg, Tübingen (in Kooperation mit der Universitätsklinik Tübingen), Murnau sowie Bad Reichenhall. Die BG Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall und die BG Nordsee Reha Klinik in Sankt Peter-Ording bieten im Rahmen einer interdisziplinären Rehabilitationsmaßnahme medizinische und therapeutische Unterstützung an. Das Angebot richtet sich an Patientinnen und Patienten mit pulmonalen oder kardialen Beeinträchtigungen, persistierender Erschöpfung (Fatigue-Syndrom) sowie psychischen Beschwerden und kognitiven Einschränkungen.

27. Handelt es sich nach Einschätzung der Bundesregierung bei Rehabilitationssport gemäß § 64 Absatz 1 Nummer 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) um Sport im Sinne des § 28 Absatz 1 Nummer 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)?
- Wenn ja, warum?
 - Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 27 bis 27b werden gemeinsam beantwortet.

Es wird davon ausgegangen, dass sich die Frage nicht auf § 28 Absatz 1 Nummer 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), sondern vielmehr auf § 28b Absatz 1 Nummer 6 IfSG bezieht. Dort wurden im Rahmen der sogenannten Bundesnotbremse Einschränkungen der Sportausübung geregelt. Die Vorschrift § 28 Absatz 1 IfSG hat keine Nummer 6.

Im Hinblick auf § 28b IfSG wird darauf hingewiesen, dass diese Vorschrift nur bis zum 30. Juni 2021 galt (siehe § 28b Absatz 10). Sie war dahingehend auszulegen, dass ärztlich verordneter Sport gemäß § 64 Absatz 1 Nummer 3 SGB IX nicht von der Regelung umfasst war.

Laut § 28b Absatz 1 Nummer 6 IfSG bestanden während der Geltung von bundeseinheitlichen Schutzmaßnahmen Einschränkungen bezüglich der Sportausübung. Diese war nur zulässig in Form von kontaktloser Ausübung von Individualsportarten, die allein, zu zweit oder mit Angehörigen des eigenen Haushalts ausgeübt werden, sowie unter bestimmten Voraussetzungen bei Ausübung von Individual- und Mannschaftssportarten im Rahmen des Wettkampf- und Trainingsbetriebs der Berufssportlerinnen und Berufssportler sowie der Leistungssportlerinnen und Leistungssportler der Bundes- und Landeskader.

Medizinisch notwendige sportliche Betätigungen (wie z. B. Rehabilitationsmaßnahmen, zu denen auch ärztlich verordneter Rehabilitationssport gehört) zählten nicht als Ausübung von Sport im Sinne dieser Vorschrift, da bei solchen Betätigungen der medizinische Charakter den sportiven Aspekt überwiegt. Dies wurde in der Gesetzesbegründung klarstellt.

28. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung umsetzen, um die Rolle von Rehabilitationseinrichtungen in der Bewältigung von Spät- und Langzeitfolgen von COVID-19, einschließlich Post-COVID-CFS, zu stärken?

Nach Auffassung der Bundesregierung hat die Pandemie die große Bedeutung der medizinischen Rehabilitation als Leistung zur Teilhabe (§ 5 SGB IX) unterstrichen. Die bekannten Erkrankungsverläufe von Long-COVID-Patientinnen und -Patienten verdeutlichen ferner den großen Nutzen von Leistungen zur Nachsorge für Long-COVID-Erkrankte nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation sowie die Wichtigkeit einer flächendeckenden Versorgung mit Ärzten und Therapeuten in Deutschland.

Seitens der gesetzlichen Rentenversicherung wurde im April 2020 ein Aufruf zur Förderung von Forschungsvorhaben zu Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf das System der Rehabilitation veröffentlicht. Eines der geförderten Projekte hat zum Ziel, die Krankheitslast und die Krankheitsfolgen von Patientinnen und Patienten nach einer COVID-19-Erkrankung und deren Veränderungen durch eine medizinische Rehabilitation zu beschreiben, um daraus Handlungsempfehlungen für die Rehabilitation einschließlich ggf. erforderlicher Nachsorgestrategien abzuleiten. Weitere Studien, auch im Hinblick auf CFS, sind im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung in Planung.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung können keine ergänzenden Ausführungen gemacht werden.

In der gesetzlichen Unfallversicherung bietet das „Post-COVID-Programm“ der BG Kliniken im Rahmen eines strukturierten Ansatzes umfassende Rehabilitationsangebote (<https://www.bg-kliniken.de/post-covid-programm/>). Das „Post-COVID-Programm“ wurde speziell für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung entwickelt und folgt den besonderen Anforderungen in der gesetzlichen Unfallversicherung bezüglich einer gesteuerten und umfassenden Rehabilitation. Das Programm sieht u. a. in COVID-19-Fällen eine Beratung der Unfallversicherungsträger durch die Einrichtungen der BG Kliniken vor; sie bieten zudem ein umfangreiches interdisziplinäres Sprechstunden-Angebot und interdisziplinäre Rehabilitationsangebote, abgestimmt auf die Bedürfnisse der Betroffenen. Auch nach der Rehabilitation erfolgt die weitere Begleitung der Versicherten durch die Unfallversicherungsträger.

Darüber hinaus wird auf die Antwort zu Frage 21 verwiesen.

29. Hat die Bundesregierung eine Meinung zur Konkurrenzfähigkeit der Rehabilitationseinrichtungen um Pflegepersonal gegenüber anderen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung der Tatsache, dass diese nicht als Träger der praktischen Ausbildung zugelassen sind, und wie lautet diese?

Nein.

30. Plant die Bundesregierung zusätzlich zu den bereits angekündigten 5 Mio. Euro weitere finanzielle Maßnahmen zur Unterstützung von Menschen mit Long-COVID, zum Beispiel für den Aufbau von spezialisierten Behandlungszentren oder für Forschungsvorhaben, insbesondere vor dem Hintergrund, dass der NHS (National Health Service) England kürzlich 100 Mio. Pfund für solche Aufgaben bereitgestellt hat (vgl. <https://www.england.nhs.uk/2021/06/nhs-sets-up-specialist-young-peoples-services-in-100-million-long-covid-care-expansion/>)?

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass Deutschland über ein umfangreiches Versorgungs- und Rehabilitationsnetz mit differenzierten Strukturen und Unterstützungs- und Beratungsangeboten verfügt. Wie die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, können auf unterschiedlichen Ebenen (Bund und Rehabilitationsträger) bereits Anpassungen und Entwicklungen an das neue Erkrankungsbild Long-COVID festgestellt werden.

Darüber hinaus unterstützt die Bundesregierung die Forschung zu Long-COVID mit dem Netzwerk Universitätsmedizin (NUM). Auch im geplanten Anschlussvorhaben des NUM werden sich mehrere Teilvorhaben mit dieser Thematik befassen.

Die in der Frage angesprochene „Richtlinie zur Förderung von Forschungsvorhaben zu Spätfolgen von COVID-19 (Long-COVID)“ dient auch dazu, Erkenntnisse zu erhalten, in welchen Bereichen ggf. weitere Forschungsbedarfe liegen.

31. Welche Bundesministerien sind an der interministeriellen Arbeitsgruppe Long-COVID beteiligt?

An der Interministeriellen Arbeitsgruppe Long-COVID sind unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit das Bundesministerium für Bildung und Forschung, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft, das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat sowie das Bundeskanzleramt beteiligt.

32. Wie viele Treffen der interministeriellen Arbeitsgruppe Long-COVID haben bereits stattgefunden (bitte Datum, Gesprächsergebnisse und ggf. Beschlüsse angeben)?

Es haben sechs Treffen der Interministeriellen Arbeitsgruppe Long-COVID mit den folgenden thematischen Schwerpunkten stattgefunden:

- 8. Juni 2021 – Konstituierende Sitzung
- 5. Juli 2021 – Datenlage und Kenntnisstand zum Krankheitsbild
- 13. Juli 2021 – Ambulante und stationäre Versorgung
- 27. Juli 2021 – Arbeitsfähigkeit, Rehabilitation, berufliche Wiedereingliederung
- 3. August 2021 – Kommunikation, Informationsangebote
- 17. August 2021 – Forschungslandschaft, Forschungsstrategien

Im Rahmen dieser Treffen hat die Interministerielle Arbeitsgruppe mit Beratung durch externe Expertinnen und Experten die aktuelle Situation zu Long-COVID in den jeweiligen Themenschwerpunkten erörtert. Auf dieser Grundlage wurden weitere Handlungsbedarfe diskutiert. Derzeit werden die Ergebnisse der Beratungen dokumentiert und abgestimmt.

33. Wann veröffentlicht die interministerielle Arbeitsgruppe Long-COVID den angekündigten Aktionsplan (vgl. <https://www.bundesregierung.de/br-eg-de/suche/gesundheitsminister-konferenz-1930072>)?

Zum aktuellen Zeitplan und Sachstand der Interministeriellen Arbeitsgruppe Long-COVID wird auf die Antwort zu Frage 32 verwiesen.