

Long COVID in der medizinischen Rehabilitation

Bestandserhebung in
Reha-Einrichtungen



Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.
Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt/Main |
Telefon: +49 69 605018-0 | Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de | www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.
Frankfurt/Main, Februar 2022

ISBN 978-3-943714-17-3

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Frankfurt am Main:

Christian Brand, christian.brand@bar-frankfurt.de
Dr. Teresia Widera, teresia.widera@bar-frankfurt.de
Dr. Stefan Schüring, stefan.schuering@bar-frankfurt.de



www.bar-frankfurt.de > [themen](#) > [weiterentwicklung und forschung](#) > [long covid in der reha](#)

Anmerkung:

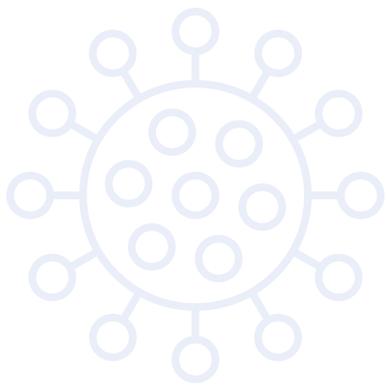
Wir achten Diversität und verwenden daher eine gendersensible Sprache. Nur in Einzelfällen ist uns das aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht möglich. Wir meinen im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich alle Geschlechter. Eine verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe.

Hinweis zur Zitierweise:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Bestandsaufnahme zu Long COVID in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer quantitativen Befragung, 2021. Online-Publikation. Frankfurt/Main, Oktober 2021.

Die BAR in Frankfurt

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) ist der Zusammenschluss der Reha-Träger. Seit 1969 fördert sie im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Die BAR koordiniert und unterstützt das Zusammenwirken der Reha-Träger, vermittelt Wissen und arbeitet mit an der Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe. Ihre Mitglieder sind die Träger der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Sozialpartner.



Long COVID in der medizinischen Rehabilitation

Bestandserhebung in
Reha-Einrichtungen



Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

das war vor zwei Jahren nicht vorhersehbar:

Seit 2020 bestimmt die Corona-Pandemie in weiten Teilen unseren beruflichen wie privaten Alltag und stellt das Gesundheitssystem vor enorme Herausforderungen.

Inzwischen zählen dazu zunehmend auch Fragestellungen, die mit Blick auf die Betroffenen die Zeit nach einer COVID-19-Erkrankung betreffen. Haben wir für die meisten der Betroffenen bereits Angebote? Decken die Angebote den Bedarf? Wie gut sind Reha-Einrichtungen vorbereitet?

Was wir sicher wissen ist, dass eine SARS-COV-2-Infektion bei den Betroffenen mit Spätfolgen für die Gesundheit verbunden sein kann. An möglichen Auswirkungen bzw. Nachwirkungen werden vor allem alltagsrelevante Einschränkungen, chronische Erschöpfung, sog. Fatigue-Syndrom, Atembeschwerden, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, psychische Belastungen sowie allgemeine Leistungsminderungen genannt.

Wenn dieser Fall eintritt, dann ist das Versorgungssystem gefragt und wird Antworten geben müssen. Es gibt Antworten und es gibt auch Angebote. Dennoch: In Bezug auf die gesundheitlichen Folgen, Fallzahlen, Angebote, Erfahrungen wissen wir im Moment noch eher wenig. Um aber die teilhaberelevanten Langzeitfolgen einer Corona-Infektion einschätzen zu können, um die Frage zu beantworten, wie gut unser Gesundheitssystem und andere Unterstützungsleistungen auf die Versorgung von Betroffenen mit Spätfolgen eingestellt sind, braucht es belastbare Datengrundlagen.

Dieses Ziel verfolgt die Untersuchung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Um aussagekräftige quantitative und qualitative Daten zur rehabilitativen Versorgungslage von Menschen mit Long/Post COVID zu gewinnen, hat die BAR auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales eine Bestandserhebung durchgeführt. Mittels einer Online-Befragung wurden alle stationären medizinischen Reha-Einrichtungen des Reha-Einrichtungsverzeichnisses sowie ambulante Einrichtungen um Informationen unter anderem zum Bedarf, zu Angeboten und zu Behandlung gebeten.

Dass bei den verantwortlichen Akteuren Interesse an einer guten Datenlage besteht, um Fragen z. B. nach rehabilitativen Kapazitäten und Behandlungen beantworten zu können, zeigen die Mitwirkungsbereitschaft der Einrichtungen an der Bestandserhebung der BAR und das hohe Interesse an den Ergebnissen, so etwa bei den Einrichtungen selbst, den Rehabilitationsträgern und in der Fachöffentlichkeit.

So viel vorweg: Viele Reha-Einrichtungen in Deutschland sind gut vorbereitet. Für rund zwei Drittel der befragten Reha-Einrichtungen, in denen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID behandelt werden, sind sowohl die Kapazitäten hierfür vorhanden als auch die personellen, räumlichen, technisch-apparativen und fachlichen Voraussetzungen gegeben.

Allerdings ergeben sich Hinweise auf kapazitative Engpässe in Reha-Einrichtungen, die Long COVID in pneumologischen Fachabteilungen behandeln.

Wir freuen uns, die Bestandsaufnahme und ihre Ergebnisse mit dieser Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen.

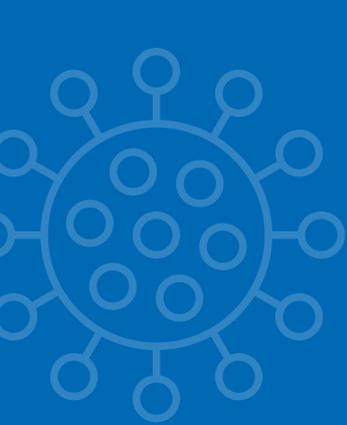
Wir bedanken uns bei allen Mitwirkenden sehr herzlich für diese Unterstützung und verbinden dies mit dem Wunsch, dass die Ergebnisse einen Beitrag zur Aufstellung einer guten Versorgung von Long COVID-Patientinnen und -Patienten leisten werden.



Prof. Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin
der BAR

Vorwort	4
.....	
Die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick	9
.....	
Long COVID-Diagnosenheterogenität	15
.....	
1 Informationen zur Erhebung & Stichprobenbeschreibung	16
.....	
1.1 Allgemeines zur Befragung	16
1.2 Der Fragebogen	17
1.3 Untersuchungsgegenstand	17
1.4 Beschreibung der Stichprobe	18
1.5 Einordnung der Stichprobe	19
1.6 Verteilung auf die Bundesländer	19
1.7 Trägerschaft	20
1.8 Fachabteilungen	21
Zwischenfazit	22
2 Aktuelle Situation: Long COVID in medizinischen Reha-Einrichtungen	23
.....	
2.1 Behandlung von Long COVID in Reha-Einrichtungen	23
2.2 Vergleich von Einrichtungen mit und ohne Reha bei Long COVID	23
2.3 Aktuelle Versorgungslage in den Reha-Einrichtungen	25
2.4 Anzahl und Anteil Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID	25
2.5 Kapazitäten für Long COVID	25
2.6 Voraussetzungen für Long COVID	27
2.7 Kombinierte Betrachtung von Kapazitäten und Voraussetzungen	28
2.8 Non-Long COVID-Einrichtungen	30
Zwischenfazit	31
3 Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Long COVID	32
.....	
3.1 „Wo“ findet Long COVID-Reha statt – Bezug zu spezifischen Fachabteilungen?	32
3.2 Reha-Konzepte zur Behandlung von Long COVID	34
3.3 Behandlung und Therapieregime bei Long COVID	37
3.4 Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern	38
3.5 Ergebnisse der Rehabilitation von Long COVID-Patientinnen und -Patienten	38
3.6 Rehabilitandenstruktur bei Long COVID	39
Zwischenfazit	42

4	Schnittstellen und vertiefende Analysen	43
.....		
4.1	Zugang in die medizinische Rehabilitation	43
4.2	Abschluss der Rehabilitation und weitergehende Behandlung	46
4.3	Vertiefende Analysen von Einrichtungsclustern	48
4.4	Vertiefende Analysen zu den Ergebnissen der Reha bei Long COVID	54
	Zwischenfazit	56
5	Diskussion, Chancen und Limitationen	58
.....		
5.1	Zur allgemeinen Einordnung der Long COVID-Befragung	58
5.2	Zur Begründung der Datenerhebung	58
5.3	Zur Sicherstellung der methodischen Qualität	59
5.4	Zur Sicherstellung der inhaltlichen Qualität	60
5.5	Zur Einordnung der vorgefundenen Fallzahlen	60
	Fazit und Perspektiven	61
	Zitierte Literatur	62
.....		
	Weiterführende Literatur	64
.....		



Long COVID

in medizinischen Reha-Einrichtungen

Im gesamten Bundesgebiet gibt es Reha-Einrichtungen für Menschen mit Long COVID.

Am häufigsten werden allgemeine, unspezifische Symptome wie Müdigkeit, Erschöpfung, Fatigue oder Abgeschlagenheit genannt.

95 %

Bei rund 95 % der Einrichtungen sind die Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID gegeben.

Ø 5,4 Wochen

Die durchschnittliche Wartezeit für eine Rehabilitation bei Long COVID beträgt 5,4 Wochen.

2/3

der Reha-Einrichtungen haben ausreichende Kapazitäten und die personellen, räumlichen, technisch-apparativen und fachlichen Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID.

3 bis 4 Monate

Im Durchschnitt beginnen Menschen mit einer COVID-19-Diagnose rund drei bis vier Monate nach der Infektion die medizinische Rehabilitation.



Bestandsaufnahme: Long COVID – Auswirkungen auf Rehabilitation und Teilhabe

Die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick

Kernaussagen

- Der Rücklauf während der dreiwöchigen Online-Befragung aller stationären medizinischen Reha-Einrichtungen lässt eine Bestandsaufnahme der Versorgungslage zu.
- Der Versorgungsbereich der medizinischen Rehabilitation ist überwiegend auf die Versorgung von Betroffenen mit Long COVID vorbereitet.
- Die Mehrheit aller Einrichtungen, in denen Long COVID behandelt wird, verfügt über freie Kapazitäten für die Behandlung. Wartezeiten auf einen Reha-Platz haben sich insgesamt nicht systematisch verlängert.
- 95% der Einrichtungen, in denen Long COVID behandelt wird, bestätigen, dass die Gesamtvoraussetzungen für eine Rehabilitation bei Long COVID in der Einrichtung eher oder voll gegeben sind.
- Für rund zwei Drittel der befragten Einrichtungen, in denen Menschen mit Long COVID behandelt werden, sind sowohl die Kapazitäten hierfür vorhanden als auch die personellen, räumlichen, technisch-apparativen und fachlichen Voraussetzungen gegeben. Der Rest berichtet entweder über fehlende Kapazitäten und/oder über fehlende Voraussetzungen oder eine Kombination von beiden.
- Was die stationäre medizinische Rehabilitation von Long COVID angeht, ergeben sich Hinweise auf kapazitative Engpässe in Reha-Einrichtungen, die Long COVID in pneumologischen Fachabteilungen behandeln. Außerdem steigt die Wahrscheinlichkeit für kapazitative Engpässe mit dem Anteil an Long COVID-Rehabilitanden an allen Rehabilitanden in den jeweiligen Fachabteilungen.

Der Versorgungsbereich der medizinischen Rehabilitation ist überwiegend auf die Versorgung von Betroffenen mit Long COVID vorbereitet

Eckdaten und Stichprobe

- Für die Befragung wurden alle stationären medizinischen Reha-Einrichtungen angeschrieben, die im aktuellen Reha-Einrichtungsverzeichnis (REV) der BAR gelistet sind (N = 1.080).
- Der Befragungszeitraum betrug drei Wochen. Die Befragung startete am 13. September 2021 und endete am 1. Oktober 2021.
- Rücklauf: Der Fragebogen wurde 523 Mal aufgerufen. Angaben von 338 Einrichtungen (31 % aller Einrichtungen im REV) können ausgewertet werden. Auf diese Einrichtungen entfallen insgesamt rund 55.000 Betten, was einem Drittel aller Reha-Betten im REV entspricht. Es besteht eine hohe Übereinstimmung der Einrichtungsstruktur der teilnehmenden Einrichtungen mit der Gesamtstruktur des Reha-Einrichtungsverzeichnisses sowie mit den „Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ (Destatis, 2021).
- Bei bestimmten Items sind einzelne Antwortauslassungen zu verzeichnen (variierende Beantwortungsumfänge). Es ist anzunehmen, dass Einrichtungen mit Long COVID-Behandlungen eher an der (vollständigen) Befragung teilgenommen haben, als solche, für die diese Patientengruppe nicht einschlägig ist.

Für die Befragung wurden alle stationären medizinischen Reha-Einrichtungen angeschrieben, die im aktuellen Reha-Einrichtungsverzeichnis (REV) der BAR gelistet sind (N = 1.080)

Im gesamten Bundesgebiet sind Reha-Einrichtungen vorhanden, die Menschen mit Long COVID behandeln können

Long COVID-Rehabilitation

- 173 (51 %) der 338 Einrichtungen gaben an, dass eine Behandlung von Long COVID in der Einrichtung erfolgt. 165 (49 %) verneinen dies.
- Die kumulierte Gesamtzahl der bis zum Zeitpunkt der Befragung behandelten Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden in den Einrichtungen beträgt N = 11.948. Die verwendete Methodik lässt keine Hochrechnungen zu.
- Im Mittel weisen 7,1 % der aktuellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den Reha-Einrichtungen eine Long COVID-(Zusatz-)Diagnose auf.
- Im gesamten Bundesgebiet sind Reha-Einrichtungen vorhanden, die Menschen mit Long COVID behandeln können.
- Die erhobenen Daten ergeben, dass Long COVID eher in größeren Einrichtungen behandelt wird.
- Rehabilitationsmaßnahmen bei Long COVID werden sowohl in indikationsspezifischen Fachabteilungen behandelt, die der Primärdiagnose entsprechen, als auch in spezifischen Fachabteilungen für Long COVID sowie in interdisziplinären, indikationsübergreifenden Fachabteilungen. Teilweise findet zum jetzigen Zeitpunkt keine Zuordnung zu einer bestimmten Fachabteilung statt.

Die Behandlung von Long COVID erfolgt überwiegend nicht „auf Kosten“ anderer Reha-Indikationen

Kapazitäten für Long COVID-Rehabilitation

- 78 % der Einrichtungen, die Long COVID behandeln, stimmen der Aussage teilweise oder voll zu, dass ausreichend Kapazitäten für die stationäre Rehabilitation bei Long COVID in ihrer Einrichtung bestehen.
- 73 % der Einrichtungen, die Long COVID behandeln, verneinen (teilweise oder vollständig) die Aussage, dass zur Behandlung von Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden die Betten/Behandlungsplätze für andere Reha-Angebote reduziert werden mussten.
- Bei 71 % findet die Aussage, dass durch Long COVID-Rehabilitationen sich die Wartezeit auf einen Reha-Platz in der Einrichtung insgesamt verlängert hat, keine Zustimmung.
- Mehr als jede zehnte Einrichtung stimmte den Aussagen voll zu, dass Plätze für andere Reha-Angebote reduziert werden mussten und dass sich die Wartezeit auf einen Reha-Platz insgesamt verlängert hat.
- Für eine Rehabilitation bei Long COVID wurde insgesamt eine fast identische Wartezeit berichtet wie für Rehabilitationen bei anderen Indikationen. Im Schnitt beträgt diese rund fünf bis sechs Wochen.
- 146 (94,8 %) von 154 der Long COVID-Einrichtungen geben an, dass für die Behandlung von Menschen mit Long COVID keine festen Betten vorgesehen sind.

Voraussetzungen für die Behandlung von Long COVID

- Die meisten Einrichtungen, die Long COVID behandeln, sehen sich ausreichend gut aufgestellt, um Long COVID zu behandeln (siehe ff.).
- 75 % der Einrichtungen, die Long COVID behandeln, stimmen der Aussage eher oder voll zu, dass ausreichend personelle Kapazitäten für die stationäre Rehabilitation bei Long COVID bei ihnen vorhanden ist.
- 86 % der Einrichtungen, die Long COVID behandeln, stimmen der Aussage eher oder voll zu, dass ausreichend räumliche Kapazitäten für die stationäre Rehabilitation bei Long COVID bei ihnen vorhanden sind.

- 80 % der Einrichtungen, die Long COVID behandeln, stimmen der Aussage eher oder voll zu, dass ausreichend technisch-apparative Kapazitäten für die stationäre Rehabilitation bei Long COVID bei ihnen vorhanden sind.
- 80 % der Einrichtungen, die Long COVID behandeln, stimmen der Aussage eher oder voll zu, dass ihr Personal ausreichend für die stationäre Rehabilitation bei Long COVID qualifiziert ist.
- 91 % der Einrichtungen, die Long COVID behandeln, stimmen der Aussage eher oder voll zu, dass aus der Behandlung in anderen Indikationsbereichen viele Behandlungselemente für Long COVID übernommen werden können.
- 95 % der Einrichtungen, die Long COVID behandeln, stimmen der Aussage eher oder voll zu, dass insgesamt die Voraussetzungen für eine Rehabilitation bei Long COVID in ihrer Einrichtung gegeben sind.
- Im Vergleich am niedrigsten ist die Zustimmung zu der Aussage, dass ausreichend Personal für die Behandlung von Long COVID in der Einrichtung vorhanden ist.
- Vergleiche zeigen, dass die Voraussetzungen zur Behandlung von Long COVID eher gegeben sind als die Kapazitäten für die Rehabilitation bei Long COVID.
- Für rund zwei Drittel der befragten Einrichtungen, in denen Menschen mit Long COVID behandelt werden, sind sowohl die Kapazitäten hierfür vorhanden als auch die personellen, räumlichen, technisch-apparativen und fachlichen Voraussetzungen gegeben. In etwa jeder vierten Einrichtung sind zwar die Voraussetzungen gegeben, es fehlt jedoch an Kapazitäten. 3 % der Einrichtungen haben zwar Kapazitäten, aber bei ihnen liegen die Voraussetzungen zur Durchführung von Long COVID-Behandlungen in Teilen nicht vor. 7 % der Einrichtungen geben sowohl fehlende Kapazitäten als auch fehlende Voraussetzungen für die Rehabilitation für Menschen mit Long COVID an.
- Alle Rehabilitationen erfolgen nach einem i. d. R. indikationsspezifischen Behandlungskonzept. Derzeit verfügen 54 % der Long COVID-Einrichtungen über ein spezifisches Konzept zur Behandlung von Long COVID. In 93 % der Fälle handelt es sich um ein eigenes Konzept. Bei weiteren 16 % wird ein Konzept derzeit erarbeitet.

95 % der Einrichtungen, die Long COVID behandeln, stimmen der Aussage eher oder voll zu, dass insgesamt die Voraussetzungen für eine Rehabilitation bei Long COVID in ihrer Einrichtung gegeben sind

Non-Long COVID

- Die häufigsten Gründe dafür, dass keine Reha für Menschen mit Long COVID angeboten wird, sind fehlende Zulassungen (59 %) und fehlende Behandlungskonzepte für Long COVID-Erkrankungen (49 %). 20 % geben an, es fehle ihnen an Kapazitäten dafür. 11 % konstatieren, dass entsprechende Belegungen durch Leistungsträger fehlen.
- 82 % der Non-Long COVID-Einrichtungen haben auch in Zukunft nicht vor, Rehabilitation für Menschen mit Long COVID anzubieten.

Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und -trägern

- 13 % der Long COVID-Reha-Einrichtungen haben Vereinbarungen mit einem oder mehreren Reha-Trägern über die Aufnahme von Rehabilitanden mit Long COVID abgeschlossen. 58 % verneinen diese. 28 % machen keine Angabe über getroffene Vereinbarungen mit Leistungsträgern.

Ausgestaltung der medizinischen Reha für Menschen mit Long COVID

Spezifische Post-Corona-Rehabilitationen werden sowohl in indikations-spezifischen als auch in indikationsübergreifenden interdisziplinären Fachabteilungen durchgeführt

- Fachabteilungsstruktur für Long COVID: Spezifische Post-Corona-Rehabilitationen für COVID-19 assoziierte Erkrankungen werden sowohl in den jeweils indikationsspezifischen Fachabteilungen durchgeführt (41,9 %), die der Leitsymptomatik des Long COVID-Erkrankungsbildes entsprechen, als auch in indikationsübergreifenden interdisziplinären Spezialabteilungen für Long COVID mit einem spezifischen Long COVID-Reha-Programm (32,5 %).
- Indikationsspezifität bei Long COVID: Am höchsten ist der Anteil von Long COVID-(Zusatz-)Diagnosen in neurologischen Fachabteilungen. Von den 48 Einrichtungen, die über eine neurologische Fachabteilung verfügen, behandeln 46 (96 %) Einrichtungen Patientinnen und Patienten mit einer Long COVID-(Zusatz-)Diagnose. Auch andere Einrichtungen mit einschlägigen Fachabteilungen (Psychosomatik: 89 %, Pneumologie: 84 %, Kardiologie: 79 %, Geriatrie: 77 %) zeigen hier hohe Quoten.
- Reha-Konzepte für Long COVID: Von den 160 befragten Einrichtungen geben 100 (63,3 %) an, dass ein spezielles Konzept für die Behandlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID genutzt wird. Jeweils 29 Einrichtungen (18,4 %) kreuzten an, dass ein solches Konzept derzeit noch nicht existiert, sondern aktuell erst erarbeitet wird. Zwei Einrichtungen beantworteten die Frage nicht. Dabei handelt es sich bei den eingesetzten Konzepten überwiegend um Eigenentwicklungen der Reha-Einrichtungen (58,5 %) oder um Konzepte der Klinikgruppe (28,7 %). Nur eine geringe Anzahl der Einrichtungen nutzt ein Konzept, das von einer Fachgesellschaft, einem Leistungserbringerverband oder aus anderer Quelle stammt. Bei der Rehabilitation von Long COVID finden die grundsätzlichen fachlichen Standards für die Rehabilitation Anwendung. In der Rehabilitation erfolgt die Behandlung ganzheitlich unter Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Bedingungen. Es findet eine Modifikation und Individualisierung bei der Behandlung unter dem Gesichtspunkt ihrer Brauchbarkeit für die Rehabilitation bei Long COVID statt.
- Therapieregime bei Long COVID: Wie die Auswertung zeigt, folgt die Rehabilitation einem multidisziplinären Ansatz bei der Therapie von Long COVID-Patientinnen und -Patienten, wie er sich in der Rehabilitation insgesamt bewährt hat. Es werden in den Reha-Einrichtungen Therapiemöglichkeiten aus den unterschiedlichsten Therapiegruppen für Menschen mit Long COVID angeboten. Im Blickpunkt stehen eine der verminderten Ressourcen angepasste körperliche Aktivität (Kategorie: Körperliche Aktivität, Sport und Bewegung, Physiotherapie), Atemtraining oder Lungensportgruppe (Kategorie: Pneumologische Therapie-Elemente), Hirnleistungstraining (Kategorie: Neuropsychologie und Ergotherapie), eine intensive psychologische Betreuung (Kategorie: Psychologische Therapie-Elemente) und unterstützende Maßnahmen zur beruflichen Reintegration (Kategorie: Funktionelle Therapie-Elemente). Auf diese Therapieelemente entfallen 73–99 % der Nennungen.
- Vereinbarungen zur Rehabilitation bei Long COVID: Zur Frage, ob die Reha-Einrichtungen eine Vereinbarung mit einem oder mehreren Reha-Trägern über die Aufnahme von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID abgeschlossen haben, geben 142 der 160 Einrichtungen eine Antwort. Davon haben 30 Einrichtungen (21,1 %) eine entsprechende Vereinbarung geschlossen. 112 Einrichtungen (78,9 %) verneinten entsprechende Vereinbarungen. Von diesen 30 Einrichtungen haben 25 Einrichtungen Vereinbarungen mit einem oder mehreren Reha-Trägern zum Behandlungskonzept geschlossen, acht Einrichtungen zur Vergütung, fünf Einrichtungen zur Dauer der Reha und vier Einrichtungen zur Ausstattung der Einrichtung. Zur Therapiebindungszeit wurde von keiner Einrichtung eine Vereinbarung mit Reha-Trägern geschlossen. Möglicherweise ist das eine Folge der hohen Flexibilitätsanforderungen an solche Vereinbarungen:

Long COVID-Betroffene erhalten Therapien aus den unterschiedlichsten Therapiegruppen

Ergebnisse der Long COVID-Rehabilitation: Die medizinische Rehabilitation bei Long COVID wirkt: Eine deutliche Mehrheit der befragten Reha-Einrichtungen stimmt den Aussagen eher oder voll zu, dass sich körperliche Gesundheit (90 %) und psychische Gesundheit (94 %) sowie Leistungsfähigkeit (89 %) und Erwerbsfähigkeit (67 %) im Zuge der Rehabilitation bei Long COVID bessern. Am niedrigsten ist der Zustimmungswert zu der Aussage, dass sich die Erwerbsfähigkeit durch die Rehabilitation messbar verbessert. Dem stimmt ein Drittel der Befragten eher oder gar nicht zu.

Körperliche und psychische Gesundheit sowie Leistungsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit bessern sich durch die Rehabilitation

Rehabilitandenstruktur bei Long COVID

- Insgesamt wird die Altersgruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID zwischen 35 und 59 Jahren als häufigste genannt. Die vorgenommene Rangreihe der Altersgruppen variiert erwartungsgemäß in Abhängigkeit von dem hauptbelegenden Leistungsträger der Reha-Einrichtung, d. h., allgemeine Unterschiede in der Rehabilitandenstruktur zwischen den Leistungsträgern finden sich auch bei Rehabilitanden mit Long COVID wieder.
- Insgesamt 144 Einrichtungen beantworteten die Frage nach der Verteilung der Geschlechter. Davon geben 63,2 % an, dass sich unter den Menschen mit einer Long COVID-Diagnose in ihrer Einrichtung ungefähr gleich viele Männer wie Frauen befinden/befanden. 28,5 % der Einrichtungen geben an, dass erkennbar mehr weibliche Rehabilitanden in der Einrichtung sind, während 8,3 % von erkennbar mehr männlichen Rehabilitanden berichten.
- Mit einem Mittelwert von 5,65 werden am häufigsten allgemeine, unspezifische Symptome wie Müdigkeit, (chronische) Erschöpfung, Fatigue oder Abgeschlagenheit genannt. Mit einem Mittelwert von 5,48 ähnlich häufig werden Teilhabestörungen berichtet. Hierzu gehören unter anderem eine verminderte Belastbarkeit, alltagsrelevante Einschränkungen, eine reduzierte Lebensqualität oder verminderte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Der Stellenwert psychischer Symptome ist mit einem Mittelwert von 5,11 ebenfalls hoch. Am seltensten werden rheumatologische und dermatologische Symptome mit Mittelwerten von 2,23 bzw. 2,03 angegeben. Der Vergleich zeigt, dass die einschlägigen Symptomgruppen auch in solchen Einrichtungen häufig berichtet werden, die keine entsprechende Fachabteilung aufweisen. Dennoch weist der Mittelwertvergleich signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Symptome aus.

Schnittstellen und vertiefende Analysen

- Zugang in die Rehabilitation und Abschluss der Rehabilitation: Im Durchschnitt beginnen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit gesundheitlichen und funktionellen Langzeitfolgen einer COVID-19-Diagnose rund drei bis vier Monate nach der Infektion die medizinische Rehabilitation. Sie kommen zu 43 % direkt im Anschluss an die Akutbehandlung und zu 35 % aus der ambulanten Behandlung heraus in die medizinische Rehabilitation. Bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die nach einer stationären Akutbehandlung im Krankenhaus in die Reha kommen, sind oft schwerwiegendere Funktionseinschränkungen vorhanden, die auch eine Folge intensivmedizinischer Behandlung sein können. Zuvor ambulant behandelte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind hingegen eher von lang anhaltenden oder spät auftretenden Symptomen wie Fatigue und kognitiven Einschränkungen betroffen. Aufnahme- und Entlassungsdiagnose können sich unterscheiden.

Im Durchschnitt beginnen Menschen mit einer COVID-19-Diagnose rund drei bis vier Monate nach der Infektion die medizinische Rehabilitation

- Reha-Nachsorge: Von 134 Reha-Einrichtungen gaben 96 (72 %) an, dass das Ausmaß und die Dauer des Nachsorgebedarfes bei Menschen mit Long COVID im Vergleich zu anderen Erkrankungen höher sind. Am häufigsten wurden Reha-Sport/Funktionstraining und komplexe Nachsorge-Programme der Reha-Träger nach einer Long COVID-Rehabilitation empfohlen. Fast ebenso häufig wurden psychologische Angebote im Sinne von nachgehender psychologischer Beratung, Betreuung oder Psychotherapie angeregt.
- Kapazitäts-Engpässe: Fehlende Kapazitäten werden insbesondere von jenen Reha-Einrichtungen berichtet, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in pneumologischen Fachabteilungen behandeln. Außerdem hängen kapazitative Engpässe mit der Gesamtanzahl von Long COVID-Patienten in der Reha-Einrichtung zusammen (Anteil von Long COVID-Patientinnen und -Patienten an allen Rehabilitanden in der jeweiligen Fachabteilung).

Zwischenfazit

Die Ergebnisse der Long COVID-Bestandserhebung unterstreichen die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in der Behandlung der gesundheitlichen und teilhabebezogenen Langzeitfolgen von Covid-19. Qualitative Vertiefungen der Ergebnisse werden die Einordnung und Bewertung der Ergebnisse unterstützen.



Long COVID-Diagnosenheterogenität

Langzeitfolgen von COVID-19, Long COVID, Post COVID,
chronisches COVID-19-Syndrom oder postakutes COVID-Syndrom

NICE

National Institute for
Health and Care Excellence

18.12.2020

4 Wochen – 12 Wochen: Ongoing

>12 Wochen: Post COVID

>4 Wochen: Long COVID



Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

seit 01.01.2021

Neue ICD-10-Codes: Post-COVID-

19-Zustand U09.-! bzw. 0 U09.9!,

als Sekundärkode

ROBERT KOCH INSTITUT



23.07.2021

4 Wochen – 12 Wochen: Subakut

>12 Wochen: Post COVID

>4 Wochen: Gesundheitliche Langzeitfolgen



WHO

06.10.2021

Post COVID:

„usually“ >12 Wochen

Für 2 Monate anhaltende Symptome

Die Befragung bezieht sich auf gesundheitliche Langzeitfolgen von COVID-19. Darunter fallen, entsprechend der Definition des RKI vom 23. Juli 2021, Anzeichen und Symptome, die sich während oder nach einer COVID-19-Erkrankung entwickeln, längere Zeit anhalten und nicht durch eine anhaltende Infektion (PCR nachgewiesen) oder alternative Diagnose erklärt sind. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 06. Oktober 2021 eine Definition von „Post COVID-19“ mit Hinweis auf mögliche Modifikationen veröffentlicht. Diese lag zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht vor und konnte deshalb keinen Eingang in die Bestandsaufnahme finden ([Link zur WHO-Veröffentlichung](#)). In der Fachwelt werden je nach Publikationszeitpunkt unterschiedliche Bezeichnungen verwendet: Long COVID, Post COVID, chronisches COVID-19-Syndrom oder postakutes COVID-Syndrom. Die Bezeichnungen werden in der Fachöffentlichkeit bisher nicht einheitlich definiert oder voneinander abgegrenzt. Zu beachten ist auch die im Januar 2021 eingeführte relevante ICD-10-GM-Verschlüsselung: U09.9! Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet. Im Fragebogen wird der Einfachheit halber die Bezeichnung Long COVID verwendet.



1 Informationen zur Erhebung & Stichprobenbeschreibung

1.1 Allgemeines zur Befragung

Die Befragung „Bestandsaufnahme Long COVID – Auswirkungen auf Rehabilitation und Teilhabe“ wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) durchgeführt. Es handelt sich um eine explorative Studie, die erste Einblicke in die rehabilitative Versorgungslage von Long COVID-Patientinnen und -Patienten ermöglicht. Zur Definition von „Long COVID“ im Rahmen der Untersuchung siehe das Kapitel Untersuchungsgegenstand.

Die Abfrage erfolgte als quantitative Erhebung bei den Leistungserbringern der medizinischen Rehabilitation. Sie wurde als Online-Befragung mit der Umfrage-Software SoSci Survey durchgeführt. Adressaten der Befragung waren alle Reha-Einrichtungen, die im [Reha-Einrichtungsverzeichnis der BAR](#) gelistet sind. Dabei handelt es sich um 1.080 ausschließlich stationäre medizinische Reha-Einrichtungen mit oder ohne ambulante Behandlungsplätze. Zusätzlich wurden Verbände der Leistungserbringer auf die Befragung aufmerksam gemacht.

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Es handelt sich um Selbstangaben und -einschätzungen der Reha-Einrichtungen

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Bei den erhobenen Daten handelt es sich um Selbstangaben und -einschätzungen der Reha-Einrichtungen. Adressiert waren insbesondere die ärztlichen Leitungen der Reha-Einrichtungen.

Der Befragungszeitraum betrug drei Wochen. Die Befragung startete am 13. September 2021 und endete am 1. Oktober 2021.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass sich die Antworten der Reha-Einrichtungen auf Erfahrungen stützen, die bis zur Erhebung gemacht wurden, und sie sich auf die Gegebenheiten beziehen, die zum Zeitpunkt der Erhebung vorlagen.



1.2 Der Fragebogen

Der Fragebogen zur Bestandserhebung von Auswirkungen von Long COVID auf die medizinische Reha in Deutschland wurde von der BAR erstellt. Er umfasst unterschiedliche Themenblöcke, die abhängig vom Antwortverhalten der Befragten angezeigt oder ausgeblendet wurden. Der Fragebogen umfasste somit zwischen 3 und 12 Seiten. Die Beantwortung des Fragebogens beanspruchte in den meisten Fällen weniger als 15 Minuten.

Die Fragestellungen waren nach folgenden Themen gegliedert:

1. Vortext/Informationen zur Befragung inkl. Hinweisen zum Datenschutz
2. Allgemeine Merkmale der Reha-Einrichtung
3. Fragen zur Long COVID-Rehabilitation in der Reha-Einrichtung/alternative Fragen für Einrichtungen, die keine Reha bei Long COVID anbieten
4. Fragen zu Fallzahlen, Kapazitäten & Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID
5. Fragen zu Behandlungskonzepten für Long COVID
6. Patienten- und Symptomstruktur der Long COVID-Rehabilitanden in der Reha-Einrichtung (aggregiert)
7. Fragen zur rehabilitativen Behandlung bei Long COVID in der Reha-Einrichtung
8. Fragen zum Reha-Erfolg bei Long COVID
9. Fragen zu der Rehabilitation vor- und nachgelagerten Behandlungsstrukturen bei Long COVID
10. Kontaktdaten der Reha-Einrichtung und Dank

Die befragten Reha-Einrichtungen wurden durch die Fragebogenkonstruktion zu den für sie relevanten Fragen geleitet. Nichtzutreffende Fragen konnten von den Reha-Einrichtungen übersprungen werden (Filterführung). Für Reha-Einrichtungen, die keine Long COVID-Rehabilitanden behandeln, umfasste das Frage-Set 14 Fragestellungen. Reha-Einrichtungen, die Long COVID-Rehabilitanden aufnehmen, erhielten ein Frage-Set im Umfang von 59 Einzel-Fragestellungen.

Die Beantwortung erfolgte entweder durch Auswahl einer zutreffenden Antwortoption, Zustimmungsgade auf einer Likert-Skala, Reihungsangaben oder in Form von Klartext-Antworten oder freitextlichen Zahlenangaben.

1.3 Untersuchungsgegenstand

Die Befragung bezieht sich auf gesundheitliche Langzeitfolgen von COVID-19. Darunter fallen, entsprechend der Definition des RKI, Anzeichen und Symptome, die sich während oder nach einer COVID-19-Erkrankung entwickeln, längere Zeit anhalten und nicht durch eine anhaltende Infektion (PCR nachgewiesen) oder alternative Diagnose erklärt sind. Menschen, die nach einer COVID-19-Erkrankung an so definiertem Long COVID leiden, sind nicht ansteckend. In der Fachwelt werden die folgenden Bezeichnungen verwendet: Long COVID, Post COVID, chronisches COVID-19-Syndrom oder postakutes COVID-Syndrom. Die Bezeichnungen werden in der Fachöffentlichkeit bisher nicht einheitlich definiert oder voneinander abgegrenzt ([Informationen des RKI, Stand 23.07.2021](#)).

Die Fragestellungen waren nach zehn Themenblöcken gegliedert

Die Befragung bezieht sich auf gesundheitliche Langzeitfolgen von COVID-19

1.4 Beschreibung der Stichprobe

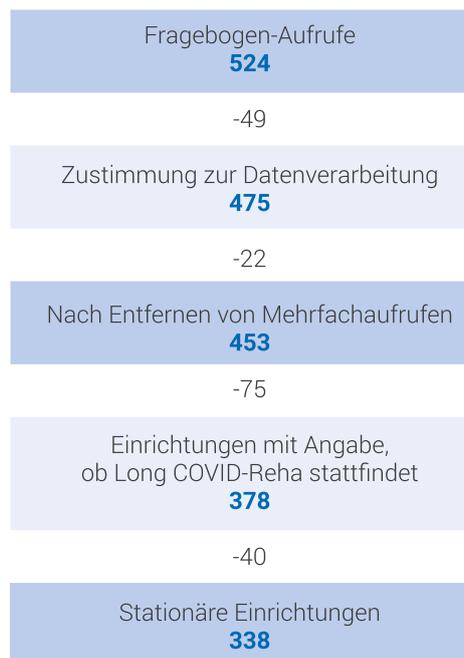
Hinweis: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 06. Oktober 2021 eine Definition von „Post COVID-19“ mit Hinweis auf mögliche Modifikationen veröffentlicht. Diese lag zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht vor und konnte deshalb keinen Eingang in die Bestandsaufnahme finden ([Link zur WHO-Veröffentlichung](#)).

Zu beachten ist auch die im Januar 2021 eingeführte relevante ICD-10-GM-Verschlüsselung: U09.9! Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet. Im Fragebogen wird der Einfachheit halber die Bezeichnung Long COVID verwendet.

Ziel der Bestandsaufnahme ist, Auswirkungen von Long COVID auf den Versorgungsbereich der stationären medizinischen Rehabilitation zu erheben. Zu beachten ist, dass die sog. Frührehabilitation (Phase B) einen Teil der Akutbehandlung darstellt und in der Regel schon während der stationären Krankenhausbehandlung stattfindet. Dieser Versorgungsbereich wird von dieser Erhebung daher nicht abgedeckt.

1.4 Beschreibung der Stichprobe

Abb. 1



Insgesamt wurde der Fragebogen 524 Mal aufgerufen und im Ergebnis liegen 338 Fälle zur Auswertung vor

Um möglichst viele der Reha-Einrichtungen in Deutschland bei der Erhebung einzubeziehen, wurden alle Einrichtungen im Reha-Einrichtungsverzeichnis der BAR direkt angeschrieben. Dabei handelt es sich um insgesamt 1.080 stationäre Rehabilitationskliniken mit und ohne ambulante Behandlungsplätze. Zusätzlich wurde über mehrere Leistungserbringer-Verbände für eine Teilnahme an der Erhebung geworben.

Insgesamt wurde der Fragebogen 524 Mal aufgerufen. Im Zuge der Datenbereinigung wurden 186 Datensätze aus der Analyse ausgeschlossen: In 49 Fällen wurde der Datenverarbeitung nicht zugestimmt. 22 Fälle wurden ausgeschlossen, da es sich um mehrfache Datensätze einzelner Einrichtungen handelte. 75 Einrichtungen machten keine Angabe dazu, ob Rehabilitation für Menschen mit Long COVID angeboten wird. Schließlich wurde die Analyse auf stationäre Reha-Einrichtungen beschränkt. Im Ergebnis liegen 338 Fälle zur Auswertung vor.

Die zustande gekommene Stichprobe ist keine Zufallsstichprobe, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass Einrichtungen mit bestimmten Eigenschaften eher an der Erhebung teilnehmen als andere.

In den folgenden Analysen variieren die Fallzahlen, da Fragebögen selten vollständig ausgefüllt werden. Deshalb wird je nach Fragestellung und Auswertung die Anzahl der zugrunde liegenden Einrichtungen, die diese Frage beantwortet haben, ausgewiesen.

1.5 Einordnung der Stichprobe

Zur Einordnung und Beurteilung der Repräsentativität der erhobenen Daten erfolgt ein Vergleich der Stichprobe mit den „Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ (Destatis, 2021) sowie den Daten der Einrichtungen im [Reha-Einrichtungsverzeichnis der BAR](#).

Zur Einordnung des Umfangs der Stichprobe wird die Anzahl der Einrichtungen, die an der Erhebung teilgenommen haben und in die Analyse eingeschlossen wurden, sowie die von ihnen angegebenen Bettenzahlen mit der Destatis-Statistik und dem REV der BAR verglichen.

Durchschnittliche Bettenzahl der Stichprobe im Vergleich

Datengrundlage	Einrichtungen	Betten	Durchschnittliche Bettenzahl pro Einrichtung
Destatis	1.112	163.336	146,9
REV	1.080	158.055	146,3
Erhebung	338*	55.157	167,7

Tabelle 1

Etwa ein Drittel aller im REV aufgeführten stationären medizinischen Einrichtungen hat an der Erhebung teilgenommen

* Keine Angabe zur Bettenzahl bei 9 Einrichtungen
Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung; Destatis, 2021

Dabei enthält die Statistik zu den „Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ (Destatis, 2021) neben Rehabilitationseinrichtungen auch reine Vorsorgeeinrichtungen, was die geringfügige Differenz in der Anzahl der gelisteten Einrichtungen erklären könnte.

Der Vergleich zeigt, dass 31 % aller im REV aufgeführten stationären medizinischen Einrichtungen an der Erhebung teilgenommen haben. Auf diese Einrichtungen entfallen insgesamt rund 55.000 Betten, was einem Drittel aller Reha-Betten im REV entspricht. Im Durchschnitt sind die Einrichtungen in der Stichprobe etwas größer (gemessen an der Bettenzahl) als die Einrichtungen im REV und der Destatis-Statistik.

1.6 Verteilung auf die Bundesländer

Die Einrichtungen in der Stichprobe verteilen sich auf alle Bundesländer außer Hamburg. Die Anteile entsprechen dabei im Wesentlichen den Anteilen in der Destatis-Statistik und der Verteilung im REV. Dies zeigt, dass die Stichprobe auch in ihrer räumlichen Verteilung auf das Bundesgebiet im Wesentlichen mit der Verteilung aller Reha-Einrichtungen in Deutschland übereinstimmt.



Tabelle 2 Verteilung der Stichprobe nach Bundesländern im Vergleich

Die räumliche Verteilung der Stichprobe entspricht im Wesentlichen der Verteilung aller Reha-Einrichtungen in Deutschland

Bundesland	Absolut Erhebung	Relativ Erhebung	Relativ Destatis	Relativ REV
Baden-Württemberg	47	14,2 %	16,6 %	17,8 %
Bayern	58	17,6 %	22,5 %	20,4 %
Berlin*	4	1,2 %		0,6 %
Brandenburg	10	3,0 %	2,4 %	2,6 %
Bremen*	2	0,6 %		0,4 %
Hamburg*	0	0,0 %		0,6 %
Hessen	36	10,9 %	8,2 %	9,4 %
Mecklenburg-Vorpommern	16	4,8 %	5,3 %	4,8 %
Niedersachsen	30	9,1 %	10,6 %	9,8 %
Nordrhein-Westfalen	52	15,8 %	12,1 %	13,1 %
Rheinland-Pfalz	15	4,5 %	4,6 %	5,5 %
Saarland	6	1,8 %	1,3 %	1,6 %
Sachsen	16	4,8 %	4,7 %	4,2 %
Sachsen-Anhalt	11	3,3 %	1,9 %	1,9 %
Schleswig-Holstein	17	5,2 %	5,6 %	4,6 %
Thüringen	10	3,0 %	3,0 %	2,7 %
Stadtstaaten*	6	1,8 %	1,2 %	1,6 %
Summe	330	100,0 %	100,0 %	100,0 %
nicht beantwortet	8			
Gesamt	338			

* Die Statistik von Destatis weist die einzelnen Stadtstaaten nicht einzeln, sondern nur summiert aus.

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung; Destatis, 2021

1.7 Trägerschaft

Auch die Art der Trägerschaft wurde erhoben, um einen Vergleich zur Destatis-Statistik zu ermöglichen. Die Verteilungen unterscheiden sich nicht grundlegend, was ebenfalls zeigt, dass die Stichprobe in ihrer Struktur der Gesamtheit der Reha-Einrichtungen in Deutschland sehr ähnlich ist. Der Anteil von Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft zeigt nur leichte Abweichungen, während der Anteil an Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft in der Stichprobe leicht unterrepräsentiert ist. Im Vergleich zu den Grunddaten von Destatis sind Einrichtungen in privater Trägerstruktur leicht überrepräsentiert.

Verteilung der Stichprobe nach Trägerschaft im Vergleich

Tabelle 3

Trägerschaft	Absolut Erhebung	Relativ Erhebung	Relativ Destatis
Öffentlich	57	17,1 %	18,4 %
Freigemeinnützig	73	21,9 %	27,5 %
Privat	203	61,0 %	54,0 %
Summe	333	100,0 %	100,0 %
nicht beantwortet	5		
Gesamt	338		

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung; Destatis, 2021

1.8 Fachabteilungen

Um zu prüfen, mit welchen Anteilen Einrichtungen mit bestimmten Fachabteilungen in der Stichprobe repräsentiert sind, wird verglichen, wie viele der Einrichtungen in der Stichprobe eine bestimmte Fachabteilung aufweisen und wie viele der Einrichtungen im REV die entsprechenden Indikationsbereiche abdecken.

Verteilung der Stichprobe nach Fachabteilungen im Vergleich

Tabelle 4

Fachabteilung	Absolut Erhebung	Relativ Erhebung	Relativ REV
Orthopädie	132	39,2 %	35,0 %
Psychosomatik/Psychotherapie	90	27,0 %	22,8 %
Kardiologie	80	23,7 %	15,1 %
Neurologie	64	19,0 %	14,5 %
Entwöhnungsbehandlungen	48	14,2 %	16,1 %
Onkologie (Carcinoma-Behandlungen)	45	13,4 %	12,7 %
Geriatric	40	11,9 %	8,1 %
Lungen- und Bronchialheilkunde	38	11,3 %	9,5 %

Die Häufigkeiten der erfassten Fachabteilungen entsprechen den Auftretenshäufigkeiten im REV

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Gelistet sind alle Fachabteilungen, die von mindestens 10 % der Einrichtungen angegeben wurden, die an der Erhebung teilgenommen haben. Ein entsprechender Vergleich mit den Grunddaten der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen von Destatis (2021) ist nicht möglich, da die Statistik die Häufigkeit bestimmter Fachabteilungen nicht ausweist.

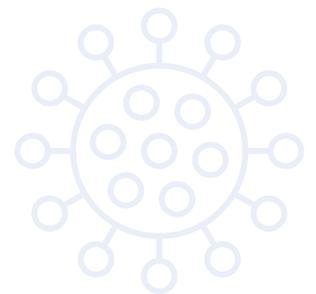
Die Tabelle 4 zeigt, dass die Häufigkeiten der erfassten Fachabteilungen i. d. R. den Auftretenshäufigkeiten im REV entsprechen. Mit Ausnahme von Fachabteilungen zur Behandlung von Sucht und Abhängigkeit ist eine leichte Überrepräsentation der einschlägigen Fachabteilungen festzustellen.

Fachabteilungen, die aufgrund ihrer medizinisch-therapeutischen Ausrichtung dazu geeignet sind, die einschlägigen typischen Symptom-Cluster von Long COVID-Patienten zu behandeln, sind häufiger in der Erhebung vertreten als im REV, z. B. Neurologie, Pneumologie oder Kardiologie.

Zwischenfazit

Obwohl es sich bei dieser Erhebung um eine Teilstichprobe des [Reha-Einrichtungsverzeichnisses der BAR](#) handelt, zeigt die Stichprobe hohe strukturelle Übereinstimmungen mit der Einrichtungsstruktur der „Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ ([Destatis, 2021](#)) sowie der Gesamtheit der Einrichtungen im Reha-Einrichtungsverzeichnis (REV).

Eine Bestandsaufnahme zur rehabilitativen Versorgungslage von Long COVID-Patientinnen und -Patienten ist damit möglich.





2 Aktuelle Situation: Long COVID in medizinischen Reha-Einrichtungen

2.1 Behandlung von Long COVID in Reha-Einrichtungen

Eine der zentralen Fragen der Bestandserhebung ist, wie viele der Reha-Einrichtungen Rehabilitationen für Long COVID-Patientinnen und -Patienten durchführen. In der Stichprobe geben 173 Einrichtungen (51 %) an, Rehabilitationsmaßnahmen für Patientinnen und Patienten mit einer Long COVID- (Zusatz-)Diagnose anzubieten. 165 Einrichtungen (49 %) verneinen Rehabilitationsmaßnahmen bei Long COVID. Es ist davon auszugehen, dass diese Anteile nicht den Anteilen in der Grundgesamtheit des REV entsprechen, da anzunehmen ist, dass Einrichtungen mit Long COVID-Behandlungen eher an der (vollständigen) Befragung teilgenommen haben, als solche, für die diese Patientengruppe nicht einschlägig ist, da entsprechende Rehabilitationsangebote in der Einrichtung nicht vorhanden sind.

Im Folgenden wird analysiert, ob sich die Einrichtungen mit und ohne Long COVID-Behandlungen voneinander unterscheiden.

Long COVID vs.
Non-Long COVID

2.2 Vergleich von Einrichtungen mit und ohne Reha bei Long COVID

Größenvergleich der Einrichtungen (gemessen an der Bettenzahl)

Zuerst wird untersucht, ob sich die Einrichtungen, die Rehabilitation für Menschen mit Long COVID anbieten, in ihrer Größe von jenen Einrichtungen unterscheiden, die kein entsprechendes Angebot haben. Dafür werden wesentliche Deskriptivstatistiken nach diesem Merkmal verglichen.

Gesamtzahl der Betten in Einrichtungen mit und ohne Reha bei Long COVID

Einrichtungen	Min	Median	Mittelwert	Std.Abw.	Max	Summe	N
Mit Reha bei Long COVID	2	205	214	132	855	35.735	167
Ohne Reha bei Long COVID	7	89	120	93	510	19.422	162
Insgesamt	2	158	168	123	855	55.157	329

Tabelle 5

Einrichtungen, die Reha für Menschen mit Long COVID anbieten, sind durchschnittlich größer

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

2.2 Vergleich von Einrichtungen mit und ohne Reha bei Long COVID

Räumliche Verteilung der Einrichtungen

Weiterhin wird ausgewertet, wie sich die Einrichtungen mit bzw. ohne Rehabilitationsangebot für Menschen mit Long COVID auf die einzelnen Bundesländer verteilen.

Tabelle 6 Anzahl Einrichtungen mit und ohne Reha bei Long COVID in den Bundesländern

Long COVID-Rehabilitationen sind in allen Bundesländern möglich

Bundesland	Einrichtungen mit Reha bei Long COVID	Einrichtungen ohne Reha bei Long COVID	Anteil Einrichtungen mit Reha bei Long COVID
Baden-Württemberg	24	23	51,1 %
Bayern	33	25	56,9 %
Berlin	0	4	0,0 %
Brandenburg	5	5	50,0 %
Bremen	1	1	50,0 %
Hamburg	0	0	
Hessen	19	17	52,8 %
Mecklenburg-Vorpommern	6	10	37,5 %
Niedersachsen	16	14	53,3 %
Nordrhein-Westfalen	23	29	44,2 %
Rheinland-Pfalz	6	9	40,0 %
Saarland	3	3	50,0 %
Sachsen	11	5	68,8 %
Sachsen-Anhalt	6	5	54,5 %
Schleswig-Holstein	9	8	52,9 %
Thüringen	6	4	60,0 %
Gesamt	168	162	50,8 %

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Die Tabelle 6 zeigt, dass im gesamten Bundesgebiet Reha-Einrichtungen vorhanden sind, die Menschen mit Long COVID behandeln können. Für die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg ist zu beachten, dass stationäre Reha-Einrichtungen grundsätzlich selten in Großstädten liegen.



2.5 Kapazitäten für Long COVID

2.3 Aktuelle Versorgungslage in den Reha-Einrichtungen

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf die 173 medizinischen Reha-Einrichtungen, die angeben, Rehabilitationen für Menschen mit Long COVID-Erkrankung durchzuführen.

Mehr als 170 medizinische Reha-Einrichtungen führen Reha für Long COVID-Patienten durch

2.4 Anzahl und Anteil Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID

Insgesamt haben 163 Einrichtungen eine Angabe dazu gemacht, wie viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID bisher in der Einrichtung behandelt wurden. Dabei handelt es sich teils um Schätzungen der Einrichtungen. Zeitlich vollständige Dokumentationen dazu sind nicht vorhanden, denn eine explizite ICD-Kodierung für Long COVID wird erst seit Januar 2021 geführt und ist erst seit diesem Zeitpunkt im Abrechnungssystem erfassbar.

Die zum Teil auf Schätzungen beruhende kumulierte Gesamtzahl der bis zum Zeitpunkt der Befragung behandelten Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden in den Einrichtungen beträgt 11.948. Eine Hochrechnung auf das gesamte Reha-System ist nicht möglich, da unbekannt ist, ob und wie viele Menschen mit Long COVID in den Einrichtungen, die nicht an der Befragung teilgenommen haben, behandelt wurden. Während viele Einrichtungen nur einstellige Fallzahlen berichten, liegt die höchste angegebene kumulierte Anzahl bei 1.000 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in einer Einrichtung.

Fast 12.000 Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden wurden bisher behandelt

Auch der Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer Long COVID-(Zusatz-)Diagnose, die aktuell eine Reha in der Einrichtung durchführen, unterscheidet sich substantiell zwischen den Einrichtungen. 161 Einrichtungen haben hierzu eine Angabe gemacht. Im Mittel sind 7,1 % der aktuellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den Reha-Einrichtungen wegen Long COVID dort. Die Werte streuen stark (Standardabweichung = 12,9). Der Median beträgt 2 %. 24 Einrichtungen geben an, dass zum Befragungszeitpunkt niemand mit Long COVID behandelt wurde. Der maximal berichtete Anteil von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in der Einrichtung beträgt 65 %.

2.5 Kapazitäten für Long COVID

Zur Einschätzung der aktuellen Versorgungslage wurden bei allen medizinischen Reha-Einrichtungen, die Rehabilitationen für Menschen mit Long COVID durchführen, anhand von drei Items erhoben, ob ausreichend Kapazitäten für diese Behandlung vorhanden sind. Die Befragten gaben dabei zu drei Aussagen jeweils ihre Zustimmung auf einer Likert-Skala mit sechs Auswahloptionen an (1 = keine Zustimmung, 6 = volle Zustimmung).



Im Ergebnis liegen drei Indikatoren der Kapazität für Rehabilitationen bei Long COVID in den Einrichtungen vor.

2.5 Kapazitäten für Long COVID

Abb. 2 Kapazitäten für Reha bei Long COVID

Zustimmung zu drei Aussagen über die Kapazitäten in der Reha-Einrichtung.
keine Zustimmung (1 = ●) -> volle Zustimmung (6 = ●)

**Ausreichende Kapazitäten
bei den meisten
Reha-Einrichtungen**

Es bestehen ausreichend Kapazitäten für die stationäre Rehabilitation. (N = 157)



Zur Behandlung von Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden mussten keine Betten/
Behandlungsplätze für andere Reha-Angebote reduziert werden.* (N = 149)



Durch Long COVID-Reha hat sich die Wartezeit auf einen Reha-Platz in der Einrichtung insgesamt
nicht verlängert.* (N = 152)



* Formulierung und Skala dieses Items wurden für diese Darstellung invertiert. Grafik: BAR
Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Die Grafik (Abb. 2) zeigt in relativen Häufigkeiten, wie sich die Zustimmung zu den einzelnen Aussagen verteilt. Insgesamt zeigt das Antwortverhalten, dass die Kapazitäten für Long COVID bei den meisten Reha-Einrichtungen ausreichend vorhanden sind. Ein Teil der Einrichtungen berichtet jedoch von Kapazitätsengpässen in der Versorgung von Long COVID-Patientinnen und -Patienten. So stimmte jeweils mehr als jeder zehnte Befragte den Aussagen voll zu, dass Plätze für andere Reha-Angebote reduziert werden mussten und dass sich die Wartezeit auf einen Reha-Platz insgesamt verlängert hat.

Neben der Frage, ob sich Wartezeiten auf einen Reha-Platz durch Long COVID verlängert haben, wurde auch erhoben, wie lang durchschnittlich die Wartezeit für einen Platz in der Rehabilitation ist – differenziert für Rehabilitationen bei Long COVID und andere Rehabilitationen.

Tabelle 7 Durchschnittliche Wartezeit auf einen Reha-Platz (in Wochen)

Wartezeit	Min	Median	Mittelwert	Std.Abw.	Max	N
für Reha-Platz bei Long COVID	0	4,0	5,39	5,55	28	148
für Reha-Platz bei anderen Indikationen	0	3,5	5,43	5,71	28	148

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Für eine Rehabilitation bei Long COVID (Tabelle 7) wurde insgesamt eine fast identische Wartezeit berichtet wie für Rehabilitationen bei anderen Indikationen. Im Durchschnitt beträgt diese rund fünf bis sechs Wochen. Pearsons Korrelationskoeffizient beträgt 0,909 und ist bei einem Signifikanzniveau von $p < 0,01$ signifikant. Es kann also davon ausgegangen werden, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID nicht länger oder kürzer auf einen Platz in einer Reha-Einrichtung warten als andere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

2.6 Voraussetzungen für Long COVID

Zudem gaben 146 (94,8 %) von 154 Einrichtungen an, dass für die Behandlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID keine festen Betten vorgesehen sind. Acht Einrichtungen gaben an, dass dies der Fall ist. 19 der 173 Einrichtungen haben diese Frage nicht beantwortet.

2.6 Voraussetzungen für Long COVID

Neben den Kapazitäten wurde erhoben, ob die Voraussetzungen für die Rehabilitation für Menschen mit Long COVID-Erkrankung in den Einrichtungen gegeben sind. Die Befragten gaben dabei zu sechs Aussagen jeweils ihre Zustimmung auf einer Likert-Skala mit sechs Auswahloptionen an (1 = keine Zustimmung, 6 = volle Zustimmung). Es wurden personelle, räumliche, technisch-apparative und inhaltliche Voraussetzungen zur Behandlung abgefragt.

Voraussetzungen für Reha bei Long COVID

Zustimmung zu sechs Aussagen über die Voraussetzungen in der Reha-Einrichtung.
keine Zustimmung (1 = ●) -> volle Zustimmung (6 = ●)

Abb. 3

Die personelle Ausstattung zur Behandlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID ist ausreichend vorhanden. (N = 153)



Die räumliche Ausstattung zur Behandlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID ist ausreichend vorhanden. (N = 152)



Die technisch-apparative Ausstattung zur Behandlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID ist ausreichend vorhanden. (N = 153)



Das Personal der Reha-Einrichtung ist zur Behandlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID ausreichend qualifiziert/geschult. (N = 153)



Aus der Behandlung in anderen Indikationsbereichen können viele Behandlungselemente für Long COVID übernommen werden. (N = 153)



Insgesamt sind die Voraussetzungen für eine Rehabilitation bei Long COVID in der Einrichtung gegeben. (N = 152)



Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

91% der Einrichtungen stimmen der Aussage eher oder voll zu, dass für die rehabilitative Behandlung von Long COVID viele Behandlungselemente aus anderen Indikationsbereichen übernommen werden können

2.7 Kombinierte Betrachtung von Kapazitäten und Voraussetzungen

Die Grafik (Abb. 3) verdeutlicht, dass in den meisten Einrichtungen die unterschiedlichen Voraussetzungen für eine Rehabilitation für Menschen mit Long COVID weitestgehend gegeben sind. Rund 95 % der Einrichtungen, in denen Rehabilitationen für Menschen mit Long COVID durchgeführt werden, stimmen der Aussage eher oder voll zu, dass die Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID insgesamt gegeben sind. Insgesamt am niedrigsten ist die Zustimmung zur Aussage, dass ausreichend Personal hierfür vorhanden ist.

2.7 Kombinierte Betrachtung von Kapazitäten und Voraussetzungen

Aus der Zustimmung zu den drei Aussagen über vorhandene Kapazitäten und den sechs Aussagen zu gegebenen Voraussetzungen wurde jeweils ein Index gebildet, der abbildet, ob in einer Reha-Einrichtung insgesamt die Kapazitäten für die Rehabilitation bei Long COVID vorhanden sind bzw. ob allgemein die Voraussetzungen für die Rehabilitation bei Long COVID gegeben sind. Dafür wurden die Zustimmungswerte der Likert-Skalen (1 = keine Zustimmung bis 6 = volle Zustimmung) addiert und durch die Anzahl der Items geteilt. Im Ergebnis gibt der Index damit für jede Einrichtung den Mittelwert der Items zu Kapazitäten und Voraussetzungen für die Rehabilitation bei Long COVID wieder. Die Analyse der beiden Indizes gibt einen generalisierten Eindruck über die Kapazitäten und Voraussetzungen in den Reha-Einrichtungen. Niedrige Werte bilden fehlende Kapazitäten bzw. fehlende Voraussetzungen ab, höhere Werte bilden ausreichende Kapazitäten bzw. gute Voraussetzungen ab. Die Skala reicht wie die ursprünglichen Items von 1 bis 6.

Die folgende Tabelle beschreibt die wichtigsten Kennzahlen der gebildeten Indizes der Stichprobe.

Tabelle 8 Deskriptivstatistik zu den gebildeten Indizes

Die Voraussetzungen für die Rehabilitation bei Long COVID sind insgesamt eher gegeben als die Kapazitäten

Index	Min	Median	Mittelwert	Std.Abw.	Max	N
Kapazitäten	1,00	4,17	3,99	1,32	6,00	134
Voraussetzungen	1,33	5,00	4,80	0,96	6,00	151

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

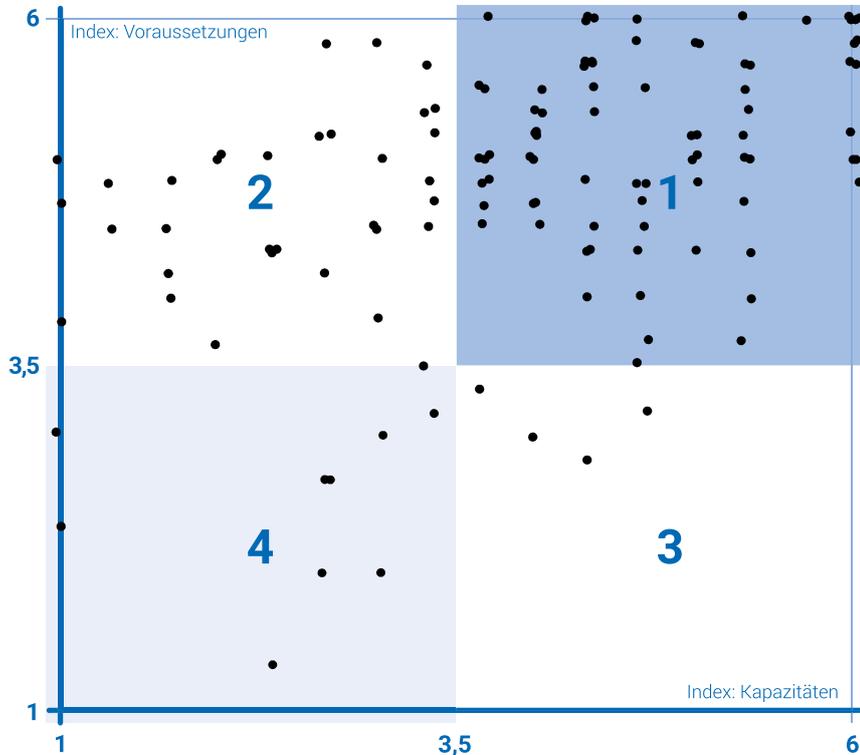
Wie auch die Auswertung der einzelnen Items zeigt (Tabelle 8), sind bei den meisten Reha-Einrichtungen die Voraussetzungen für die Rehabilitation bei Long COVID gegeben und die Kapazitäten dafür vorhanden, was an den hohen Mittelwerten und Medianen bei relativ niedriger Streuung zu erkennen ist.

Bei beiden Indizes gibt es jedoch Einrichtungen, die niedrige Werte erzielen. Das heißt, dass diese Einrichtungen bei mehreren oder allen Items schlechtere Voraussetzungen bzw. fehlende Kapazitäten berichteten. Der Vergleich zeigt, dass insgesamt die Voraussetzungen eher gegeben sind als die Kapazitäten für die Rehabilitation bei Long COVID. Im folgenden Streudiagramm (Abb. 4) sind die Werte beider Indizes für jede einzelne Einrichtung abgebildet. Jeder Punkt stellt hier eine Einrichtung dar. Abhängig von den Werten in beiden Indizes werden sie im Streudiagramm abgebildet. Die Einschätzung der Kapazitäten ist auf der X-Achse abgebildet: Je weiter rechts eine Einrichtung verortet ist, desto mehr sind die Kapazitäten ausreichend. Die Einschätzung der Voraussetzungen ist auf der Y-Achse abgebildet: Je weiter oben eine Einrichtung verortet ist, desto besser sind die personellen, räumlichen, technischen und inhaltlichen Voraussetzungen in der Einrichtung.

Kapazitäten & Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID

Abb. 4

N = 131 Reha-Einrichtungen



Hinweis: Datenpunkte mit gleichen Werten sind zufällig um den exakten Wert gestreut. Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Durch die kombinierte Betrachtung beider Indizes zu Kapazitäten und Voraussetzungen können die Einrichtungen in vier Gruppen unterteilt werden. Für diese Einteilung wurde der Mittelpunkt beider Skalen (Wert = 3,5) als Grenzwertkriterium festgelegt.

Gruppierung der Einrichtungen

Tabelle 9

nach berichteten Kapazitäten und Voraussetzungen für die Rehabilitation bei Long COVID

Gruppe	Kapazitäten	Voraussetzungen	Anzahl	Anteil
1	ausreichend	ausreichend	85	64,9 %
2	fehlend	ausreichend	33	25,2 %
3	ausreichend	fehlend	4	3,1 %
4	fehlend	fehlend	9	6,9 %

Kapazitäten und Voraussetzungen sind in zwei Drittel der befragten Einrichtungen gegeben

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Die Einteilung (Tabelle 9) macht deutlich, dass für rund zwei Drittel der befragten Einrichtungen, in denen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID behandelt werden, insgesamt die Kapazitäten hierfür vorhanden sind und auch die Voraussetzungen gegeben sind. In etwa jeder vierten Einrichtung sind zwar die Voraussetzungen gegeben, es fehlt jedoch an Kapazitäten. Deutlich weniger Einrichtungen geben an, dass zwar Kapazitäten vorhanden sind, es aber an den Voraussetzungen

fehlt (3,1 %). Neun (6,9 %) der Einrichtungen geben sowohl fehlende Kapazitäten als auch fehlende Voraussetzungen für die Rehabilitation für Menschen mit Long COVID an. Die Auswertungen beziehen sich auf 131 der insgesamt 173 Einrichtungen, in denen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID-Erkrankungen behandelt werden. Die übrigen 42 Einrichtungen konnten wegen fehlender Werte nicht in diese Auswertung einbezogen werden.

2.8 Non-Long COVID-Einrichtungen

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf die 165 medizinischen Reha-Einrichtungen, die angeben, keine Rehabilitationen für Menschen mit Long COVID-Erkrankung durchzuführen.

Es wurden die Gründe dafür erhoben, warum in diesen Einrichtungen keine Rehabilitation für Menschen mit Long COVID-Erkrankung stattfindet. Die Befragten konnten dabei mehrere der folgenden Gründe auswählen und/oder weitere Begründungen abgeben.

Abb. 5 Gründe dafür, dass in Einrichtungen keine Reha bei Long COVID durchgeführt wird

Anteil der Einrichtungen, die die folgenden Gründe angegeben haben (Mehrfachauswahl; N = 165)

Die Reha-Einrichtung/-Fachabteilung ist nicht zugelassen für die Behandlung von Long COVID (durch Verträge, Belegungsvereinbarungen).

58,8 %

Die Reha-Einrichtung/-Fachabteilung verfügt über kein Reha-Konzept zur Behandlung von Long COVID.

48,5 %

Das Personal ist bezüglich Long COVID nicht entsprechend geschult.

32,1 %

Es fehlt die technisch-apparative Ausstattung.

26,1 %

Anderer Grund

22,4 %

Es bestehen keine Kapazitäten.

20,0 %

Es fehlt die räumliche Ausstattung.

14,5 %

Es fehlt Personal.

11,5 %

Die Einrichtung kann entsprechende Rehabilitationen durchführen, es findet aber keine Belegung statt.

11,5 %

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Die häufigsten Gründe dafür, dass keine Reha für Menschen mit Long COVID angeboten wird, sind fehlende Zulassungen (58,8 %) und fehlende Behandlungskonzepte für Long COVID-Erkrankungen (48,5 %). Fehlende Voraussetzungen oder fehlende Kapazitäten werden ebenfalls von vielen befragten Einrichtungen genannt. Insgesamt geben 19 Einrichtungen an, dass Rehabilitationen für Long COVID-Erkrankte durchgeführt werden können, aber keine Belegung stattfindet.

Fehlende Zulassungen und
Behandlungskonzepte sind
häufigste Gründe, warum
keine Reha bei Long COVID
angeboten wird

2.8 Non-Long COVID-Einrichtungen

Bei den weiteren Gründen gaben 22 (13,3%) Einrichtungen an, dass Long COVID-Erkrankungen nicht in das Fachgebiet der Einrichtung passen und daher keine entsprechenden Reha-Angebote bestehen. Es wurde außerdem mehrfach angegeben, dass andere Reha-Einrichtungen der eigenen Unternehmensgruppe oder in der Umgebung Rehabilitationen für Menschen mit Long COVID anbieten.

Erhoben wurde auch, ob die Einrichtungen, die derzeit keine Rehabilitation bei Long COVID anbieten, dies mittelfristig planen. 28 Einrichtungen (18,2%) planen dies, 126 Einrichtungen (81,8%) nicht. Elf Befragte beantworteten die Frage nicht.

Zwischenfazit

Zusammenfassend kann zur aktuellen Situation bezüglich Long COVID in medizinischen Reha-Einrichtungen Folgendes festgehalten werden:

- Der Versorgungsbereich der medizinischen Rehabilitation ist überwiegend auf die Versorgung von Betroffenen mit Long COVID vorbereitet.
- Rehabilitationsangebote für Menschen mit Long COVID-Erkrankung sind im ganzen Bundesgebiet vorhanden.
- Die Mehrheit aller Einrichtungen, in denen Long COVID behandelt wird, verfügt über freie Kapazitäten für die Behandlung. Wartezeiten auf einen Reha-Platz haben sich insgesamt nicht systematisch verlängert.
- 95% der Einrichtungen, in denen Long COVID behandelt wird, bestätigen, dass die Gesamtvoraussetzungen für eine Rehabilitation bei Long COVID in der Einrichtung eher oder voll gegeben sind.
- Für rund zwei Drittel der befragten Einrichtungen, in denen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID behandelt werden, sind sowohl die Kapazitäten hierfür vorhanden als auch die personellen, räumlichen, technisch-apparativen und fachlichen Voraussetzungen gegeben. Der Rest berichtet entweder über fehlende Kapazitäten und/oder über fehlende Voraussetzungen oder eine Kombination von beiden.

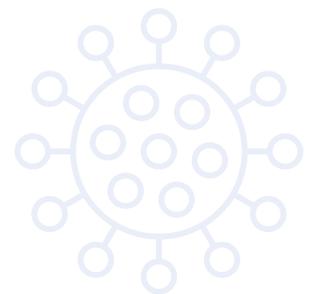




Foto: Ivan Ydovin, adobe stock

3 Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Long COVID

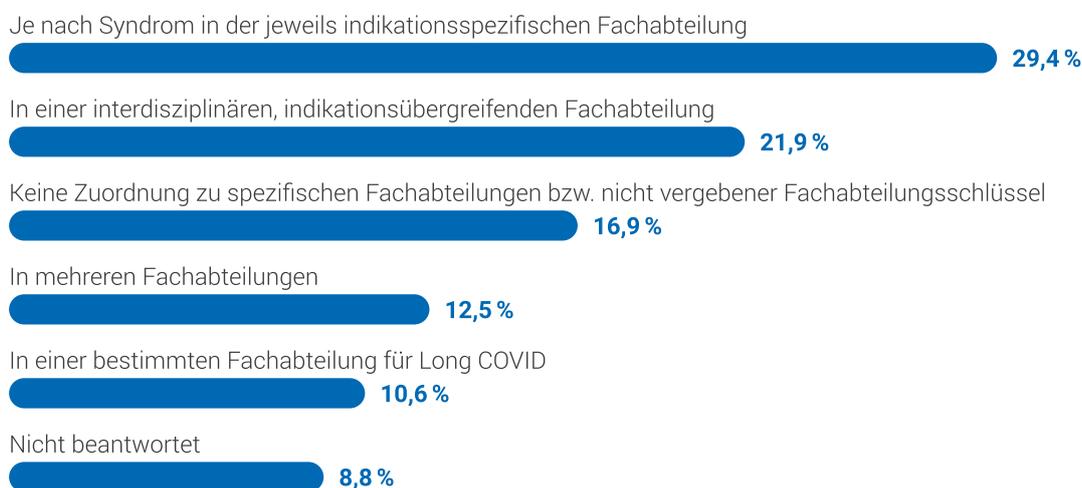
In diesem Teil der Auswertungen wird genauer untersucht, wie die medizinische Rehabilitation für Menschen mit Long COVID ausgestaltet ist. Dafür wurde insbesondere erhoben, in welchen Fachabteilungen die Menschen behandelt werden, ob spezielle Reha-Konzepte genutzt werden, welche Therapiemöglichkeiten angeboten werden und wie die Ergebnisse der Rehabilitationsmaßnahmen eingeschätzt werden. Außerdem wurden aggregiert Merkmale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhoben, die mit einer Long COVID-(Zusatz-)Diagnose in den Einrichtungen behandelt werden. Grundlage der folgenden Analysen sind Angaben von insgesamt 160 Reha-Einrichtungen. Dabei handelt es sich um Reha-Einrichtungen, die aktuell oder in den letzten Monaten seit Beginn der Pandemie Menschen mit Long COVID in der Einrichtung behandeln oder behandelt haben.

3.1 „Wo“ findet Long COVID-Reha statt – Bezug zu spezifischen Fachabteilungen?

Angesichts der Vielfalt von Symptomen bei Long COVID wurde erhoben, ob bei einer Long COVID-(Zusatz-)Diagnose die Rehabilitation in einer oder mehreren Fachabteilungen der Einrichtung stattfindet.

Abb. 6 **Wo werden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in der Einrichtung behandelt?**
N = 160 Reha-Einrichtungen; Einfachauswahl

Behandlungen erfolgen am häufigsten in den jeweils indikationsspezifischen Fachabteilungen



Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

3.1 „Wo“ findet Long COVID-Reha statt – Bezug zu spezifischen Fachabteilungen?

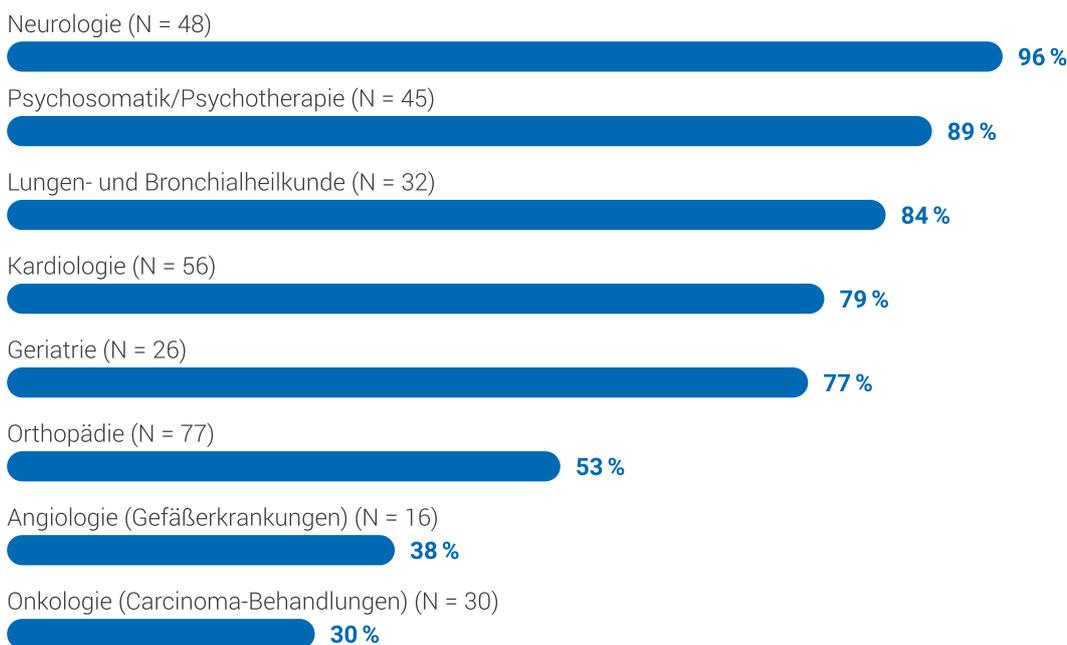
Spezifische Post-Corona-Rehabilitationen für COVID-19 assoziierte Erkrankungen werden sowohl in den jeweils indikationsspezifischen Fachabteilungen durchgeführt, die der Leitsymptomatik des Long COVID-Erkrankungsbildes entsprechen, als auch in indikationsübergreifenden interdisziplinären Spezialabteilungen für Long COVID mit einem spezifischen Long COVID-Reha-Programm. Insgesamt zeigt sich ein heterogenes Antwortverhalten der befragten Einrichtungen. Behandlungen finden sowohl in einzelnen wie auch mehreren indikationsspezifischen oder auch in auf Long COVID spezialisierten Fachabteilungen statt.

Die Einrichtungen, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID behandeln, wurden gefragt, in welchen ihrer Fachabteilungen die Behandlung durchgeführt wird.

In welchen Fachabteilungen werden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID behandelt?

Abb. 7

Dargestellt ist, wie viele der Reha-Einrichtungen mit Behandlung bei Long COVID über eine bestimmte Fachabteilung verfügen und in dieser Fachabteilung auch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID behandeln. Aufgeführt sind die häufigsten Fachabteilungen. N = Anzahl Einrichtungen mit entsprechender Fachabteilung.



Größter Anteil von Long COVID-(Zusatz-) Diagnosen in neurologischen Fachabteilungen

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Am höchsten ist der Anteil von Long COVID-(Zusatz-)Diagnosen in neurologischen Fachabteilungen. Von den 48 Einrichtungen, die über eine neurologische Fachabteilung verfügen, behandeln 46 (96 %) Einrichtungen Patientinnen und Patienten mit einer Long COVID-(Zusatz-)Diagnose.

Auch andere Einrichtungen (Abb. 7) mit einschlägigen Fachabteilungen (Psychosomatik, Pneumologie, Kardiologie) zeigen hier hohe Quoten. Unter den am häufigsten genannten Fachabteilungen ist der Anteil in den onkologischen Fachabteilungen am geringsten (30 %). Die berichteten Fachabteilungen, in denen Long COVID behandelt wird, entsprechen der Vielfalt an Symptomen (von neurologischen bis hin zu kardiologischen Spätfolgen), die epidemiologische Studien für Long COVID feststellen (Lopez-Leon et al., 2021).

3.2 Reha-Konzepte zur Behandlung von Long COVID

Die Auswertungen können aufgrund des Studiendesigns keine Antwort darauf geben, in welchen Fachabteilungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID insgesamt am häufigsten behandelt werden. Beantwortet wird die Frage, ob bestimmte Fachabteilungen der Einrichtungen auch für die Behandlung von Long COVID genutzt werden. Ferner ist zu beachten, dass die Einordnung der Stichprobe gezeigt hat, dass bestimmte Fachabteilungen in der Befragung häufiger vertreten sind (z. B. Kardiologie). Hierbei handelt es sich insbesondere um jene Fachabteilungen, die aufgrund ihrer medizinisch-therapeutischen Ausrichtungen eher dazu geeignet sind, die einschlägigen Symptom-Cluster von Long COVID zu behandeln.

3.2 Reha-Konzepte zur Behandlung von Long COVID

Unter grundsätzlicher Beachtung der strukturellen und prozessualen Vorgaben der Reha-Träger wird in der Regel für jede Fachabteilung einer Reha-Einrichtung ein eigenes Reha-Konzept erwartet. In den Reha-Konzepten werden u. a. die einzelnen Reha-Fachabteilungen voneinander abgegrenzt, indikationsspezifische Besonderheiten und dafür vorgehaltene spezielle Angebote dargestellt und zusätzliche Problemlagen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und deren Behandlung adressiert.

Von den 160 befragten Einrichtungen geben 100 (63,3 %) an, dass ein spezielles Konzept für die Behandlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID genutzt wird. Jeweils 29 Einrichtungen (18,4 %) kreuzten an, dass ein solches Konzept derzeit noch nicht existiert, sondern aktuell erst erarbeitet wird. 2 Einrichtungen beantworteten die Frage nicht.

Abb. 8 Wird ein spezielles Konzept für die Behandlung bei Long COVID genutzt?

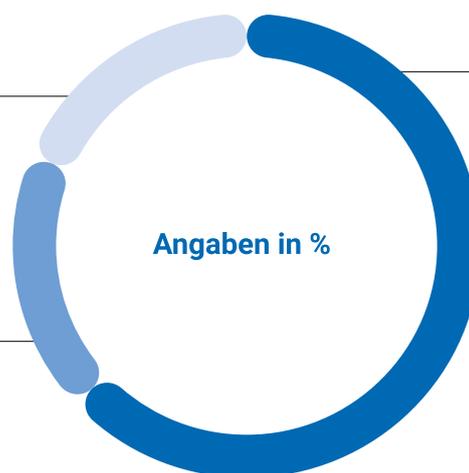
N = 158

Ein spezielles Konzept für die Reha-Behandlung bei Long COVID nutzen über 63 % der befragten Einrichtungen

Nein 18,4 %

Ja 63,3 %

Wird derzeit erarbeitet 18,4 %



Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

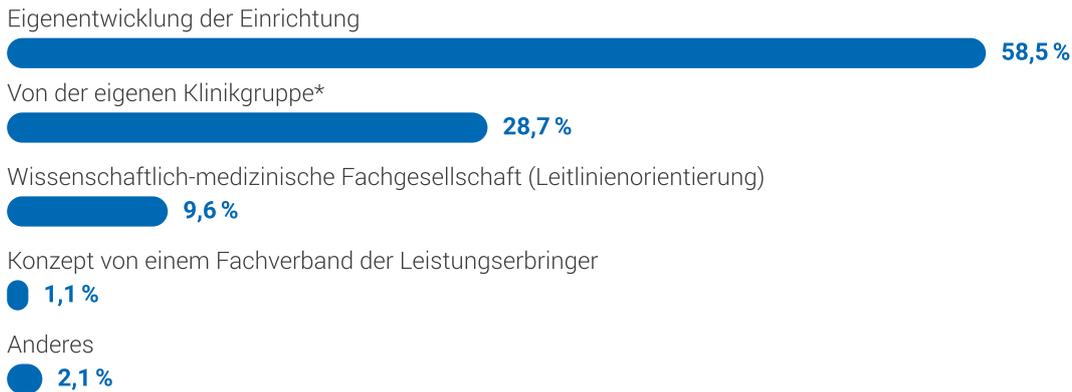
3.2 Reha-Konzepte zur Behandlung von Long COVID

94 der 100 Einrichtungen mit einem speziellen Long COVID-Konzept beantworteten die Frage nach der Herkunft des eingesetzten Konzeptes.

Woher stammt das Long COVID-Konzept, das in der Einrichtung genutzt wird?

Abb. 9

N = 94, Einfachauswahl.



* Einige Reha-Einrichtungen nutzen gemeinsame Expertisen und haben die Entwicklung eines Konzeptes zentralisiert.
Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Wie die Grafik (Abb. 9) zeigt, handelt es sich bei den eingesetzten Konzepten überwiegend um Eigenentwicklungen der Reha-Einrichtungen (58,5 %) oder um Konzepte der Klinikgruppe (28,7 %). Nur eine geringe Anzahl der Einrichtungen nutzt ein Konzept, das von einer Fachgesellschaft, einem Leistungserbringerverband oder aus anderer Quelle stammt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Vielzahl an unterschiedlichen konzeptionellen Eigenentwicklungen mit einem hohen Individualisierungsgrad der Konzepte einhergeht. Ob sich diese Konzepte maßgeblich von bisher bereits bestehenden Behandlungskonzepten unterscheiden, wird eine bedeutende Frage im Rahmen weiterführender Untersuchungen sein.

Bei den eingesetzten Reha-Konzepten handelt es sich überwiegend um Eigenentwicklungen

Die Konzepte stehen den Reha-Einrichtungen erst seit Kurzem zur Verfügung: Rund ein Drittel der Einrichtungen gibt an, seit Juli 2021 oder später ein spezielles Reha-Konzept zur Behandlung von Long COVID zu nutzen. Dies unterstreicht die dynamische Entwicklung.

Reha-Einrichtungen, die einerseits Long COVID-Rehabilitationen angeben, andererseits aber ein spezifisches Reha-Konzept zur Behandlung von Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden verneinten (N = 58), wurden nach den Gründen dafür gefragt, warum sie kein spezifisches Konzept für Long COVID anwenden. Die Abbildung 10 zeigt die relative Häufigkeit der ausgewählten Antwortoptionen.

Abb. 10 Aus welchen Gründen gibt es in der Einrichtung kein spezielles Konzept für die Rehabilitation bei Long COVID?

N = 58, Mehrfachauswahl.

Es findet lediglich eine Anpassung bestehender Reha-Konzepte auf das Leistungsniveau bei Long COVID statt.

58,6 %

Alle Rehabilitationen basieren auf dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF.

56,9 %

Ein spezielles Konzept zur Rehabilitation bei Long COVID wird zur Zeit noch erarbeitet.

41,4 %

Die Rehabilitation bei Long COVID ist auch ohne ein spezielles Konzept gut durchführbar, sie unterscheidet sich nicht wesentlich von einer Rehabilitation nach anderen Erkrankungen.

39,7 %

Wegen der geringen Anzahl von Rehabilitationen bei Long COVID besteht kein Bedarf für ein spezielles Konzept.

29,3 %

Weitere Gründe

20,7 %

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Die Rehabilitation bei Menschen mit Long COVID ist sehr individuell und folgt einem bio-psycho-sozialen Behandlungsmodell

Unter den weiteren Gründen wurde freitextlich mehrfach ausgeführt, dass die Rehabilitation bei Menschen mit Long COVID sehr individuell sei, was den Einsatz eines übergreifenden Konzeptes erschwere. Das Trainingsprogramm sei auf die jeweilige individuelle Situation ausgerichtet.

Bei der Rehabilitation von Long COVID finden die grundsätzlichen fachlichen Standards für die Rehabilitation Anwendung. In der Rehabilitation erfolgt die Behandlung ganzheitlich unter Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Bedingungen. Es findet eine Modifikation und Individualisierung bei der Behandlung unter dem Gesichtspunkt ihrer Brauchbarkeit für die Rehabilitation bei Long COVID statt.



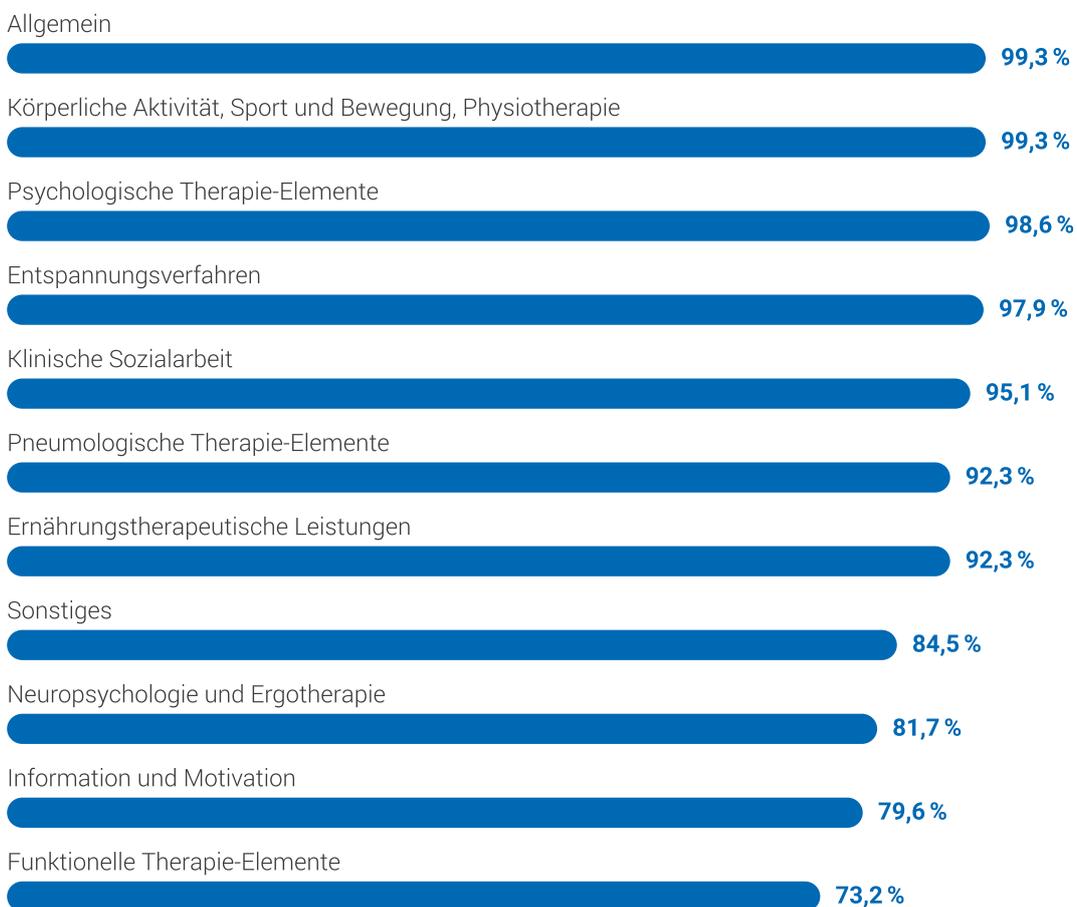
3.3 Behandlung und Therapieregime bei Long COVID

Bei allen Einrichtungen, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID behandeln, wurde erfragt, welche Therapiemöglichkeiten dafür angeboten werden. Insgesamt wurden 36 Therapiemöglichkeiten abgefragt, gruppiert in elf Kategorien. 142 befragte Einrichtungen machten eine Angabe.

Welche Therapiemöglichkeiten werden in der Reha-Einrichtung im Rahmen der Rehabilitation bei Long COVID angeboten?

Abb. 11

Dargestellt ist der Anteil der Einrichtungen, die angeben, Therapien aus der entsprechenden Kategorie anzubieten. N = 142.



Long COVID-Rehabilitanden erhalten vielfältige Therapien

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Wie die Auswertung zeigt (Abb. 11), folgt die Rehabilitation einem multidisziplinären Ansatz bei der Therapie von Long COVID-Patientinnen und -Patienten, wie er sich in der Rehabilitation insgesamt bewährt hat. Es werden in den Reha-Einrichtungen Therapiemöglichkeiten aus den unterschiedlichsten Therapiegruppen für Long COVID-Patientinnen und -Patienten angeboten. Im Blickpunkt stehen eine den verminderten Ressourcen angepasste körperliche Aktivität (Kategorie: Körperliche Aktivität, Sport und Bewegung, Physiotherapie), Atemtraining oder Lungensportgruppe (Kategorie: Pneumologische Therapie-Elemente), Hirnleistungstraining (Kategorie: Neuropsychologie und Ergotherapie), eine intensive psychologische Betreuung (Kategorie: Psychologische Therapie-Elemente) und unterstützende Maßnahmen zur beruflichen Reintegration (Kategorie: Funktionelle Therapie-Elemente).

3.4 Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern

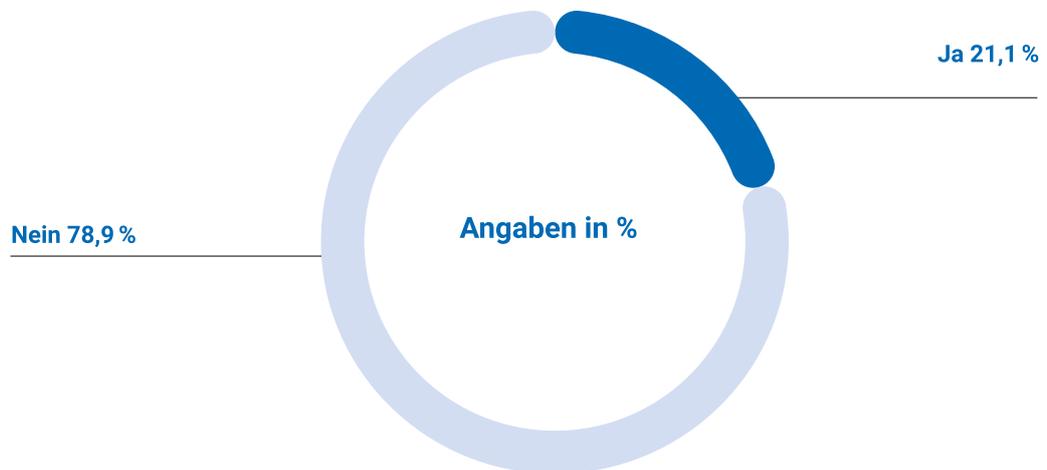
Zusatzauswertungen werden zeigen, ob und wie die vorgehaltene Fachabteilungsstruktur und das jeweilige Therapieregime zusammenhängen.

3.4 Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern

Zur Frage, ob die Reha-Einrichtungen eine Vereinbarung mit einem oder mehreren Reha-Trägern über die Aufnahme von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID abgeschlossen haben, geben 142 der 160 Einrichtungen eine Antwort. Davon haben 30 Einrichtungen (21,1 %) eine entsprechende Vereinbarung geschlossen. 112 Einrichtungen (78,9 %) verneinten entsprechende Vereinbarungen.

Abb. 12 **Wurden Vereinbarungen mit einem oder mehreren Reha-Träger(n) über die Aufnahme von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID abgeschlossen?**

N = 142.



Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern werden so getroffen, dass spätere Anpassungen möglich sind

Von diesen 30 Einrichtungen haben 25 Einrichtungen Vereinbarungen mit einem oder mehreren Reha-Trägern zum Behandlungskonzept geschlossen, acht Einrichtungen zur Vergütung, fünf Einrichtungen zur Dauer der Reha und vier Einrichtungen zur Ausstattung der Einrichtung. Zur Therapiebindungszeit wurde von keiner Einrichtung eine Vereinbarung mit Reha-Trägern geschlossen.

Vereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern zu Long COVID sind zum Zeitpunkt der Erhebung selten. Möglicherweise ist das eine Folge der hohen Flexibilitätsanforderungen an solche Vereinbarungen: Die Dynamik der Long COVID-Entwicklung setzt voraus, dass Vereinbarungen so getroffen werden müssten, dass ein Maximum an Flexibilität bei der Behandlung von Long COVID in der Rehabilitation auch in Zukunft möglich ist. Konkret bedeutet dies, dass beispielsweise Vereinbarungen/Konzepte so entwickelt werden müssen, dass spätere Anpassungen oder Erweiterungen problemlos möglich sind.

3.5 Ergebnisse der Rehabilitation von Long COVID-Patientinnen und -Patienten

Die Reha-Einrichtungen wurden nach der Wirkung (Effekte/Outcome der Reha-Maßnahmen) medizinischer Rehabilitation in vier Ergebnis-Dimensionen befragt.

3.6 Rehabilitandenstruktur bei Long COVID

Ergebnisse der Rehabilitation bei Long COVID

Zustimmung zu vier Aussagen über Reha-Effekte bei Long COVID.

keine Zustimmung (1 = ●) -> volle Zustimmung (6 = ●)

Die körperliche Gesundheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hat sich messbar verbessert.

(N = 135)



Die psychische Gesundheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hat sich messbar verbessert.

(N = 135)



Die Leistungsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hat sich messbar verbessert. (N = 135)



Die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hat sich messbar verbessert. (N = 121)



Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Abb. 13

Eine deutliche Mehrheit der befragten Reha-Einrichtungen stimmt zu, dass sich der Zustand der Long COVID-Patienten durch die Rehabilitation messbar verbessert hat

Die medizinische Rehabilitation bei Long COVID wirkt: Eine deutliche Mehrheit der befragten Reha-Einrichtungen stimmt den Aussagen eher oder voll zu, dass sich körperliche Gesundheit (90 %) und psychische Gesundheit (94 %) sowie Leistungsfähigkeit (89 %) und Erwerbsfähigkeit (67 %) im Zuge der Rehabilitation bei Long COVID bessern.

Am niedrigsten ist der Zustimmungswert zu der Aussage, dass sich die Erwerbsfähigkeit durch die Rehabilitation messbar verbessert. Dem stimmt ein Drittel der Befragten eher oder gar nicht zu.

Dabei bleibt unklar, welche Kriterien für die Sicherung der Erwerbsfähigkeit angelegt wurden: Arbeit am alten Arbeitsplatz unter den Bedingungen vor der COVID-19-Erkrankung sofort wieder aufnehmen, mit einer zeitlichen Verzögerung aufnehmen, einer anderen Erwerbstätigkeit nachgehen, keine vermehrten AU-Zeiten bei der Arbeit aufweisen, keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben oder nicht beabsichtigen, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen (zum allgemeinen Problem der Operationalisierung von return to work vgl. Morfeld, 2009; zum Outcome in der Reha vgl. z. B. Krischak et al., 2018; Nübling et al., 2016).

3.6 Rehabilitandenstruktur bei Long COVID

Die befragten Reha-Einrichtungen wurden im Fragebogen dazu aufgefordert, die in der Einrichtung behandelten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID hinsichtlich Alter, Geschlecht und Symptomatik zu charakterisieren. Die Angaben sind nicht einzelfallbezogen, sondern basieren auf aggregierten Einschätzungen der Befragten.

Die Ergebnisse geben einen ersten Eindruck von der Struktur der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Sie können jedoch nicht auf die Gesamtheit der an Long COVID erkrankten Personen oder die

3.6 Rehabilitandenstruktur bei Long COVID

Gesamtheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID übertragen werden, da es sich um eine aggregierte Darstellung der befragten Reha-Einrichtungen handelt.

Zur Einschätzung der Altersstruktur der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in der Einrichtung sollten fünf Altersgruppen nach ihrer Häufigkeit sortiert werden. Über alle befragten Einrichtungen ergibt sich dabei folgende Rangfolge.

Tabelle 10 Altersstruktur der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID

Dargestellt ist, welcher Rang den Altersgruppen von den Reha-Einrichtungen im Median und im Mittelwert vergeben wurde. Rang 1 = häufigste Altersgruppe; Rang 5 = seltenste Altersgruppe.

Altersgruppe	Zugeordneter Rang: Median	Zugeordneter Rang: Mittelwert
35 bis 59 Jahre (N = 125)	1	1,65
60 bis 79 Jahre (N = 114)	2	2,34
18 bis 34 Jahre (N = 108)	3	3,17
80 Jahre und älter (N = 101)	4	3,57
Unter 18 Jahre (N = 56)	5	4,59

Diejenigen, die eine Rehabilitation wegen Long COVID durchführen, gehören am häufigsten der Altersgruppe zwischen 35 und 59 Jahren an

Variierende Fallzahlen, da nicht alle Befragten alle Altersgruppen einsortierten.

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Insgesamt wird die Altersgruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID zwischen 35 und 59 Jahren als häufigste genannt.

Die vorgenommene Rangreihe der Altersgruppen variiert erwartungsgemäß in Abhängigkeit von dem hauptbelegenden Leistungsträger der Reha-Einrichtung, d. h., allgemeine Unterschiede in der Rehabilitandenstruktur zwischen den Leistungsträgern finden sich auch bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID wieder. In Einrichtungen, die federführend von der Rentenversicherung belegt werden, werden Altersgruppen im erwerbsfähigen Alter häufiger genannt, in Einrichtungen, die hauptsächlich von der Krankenversicherung belegt werden, sind die Altersgruppen der 60- bis 79-Jährigen sowie der über 80-Jährigen häufiger.

Insgesamt 144 Einrichtungen beantworteten die Frage nach der Verteilung der Geschlechter. Davon geben 63,2% an, dass sich unter den Menschen mit einer Long COVID-Diagnose in ihrer Einrichtung ungefähr gleich viele Männer wie Frauen befinden/befanden. 28,5% der Einrichtungen geben an, dass erkennbar mehr weibliche Rehabilitanden in der Einrichtung sind, während 8,3% von erkennbar mehr männlichen Rehabilitanden berichten. Diese Einschätzung deckt sich mit ersten Studienergebnissen zur Prävalenz von Long COVID, die darauf hindeuten, dass das Risiko von Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung bei Frauen größer ist als bei Männern (Sudre et al., 2021; Sykes et al., 2021).

Für eine Einschätzung der Häufigkeit bestimmter, in der wissenschaftlichen Literatur berichteter, Symptome bei Long COVID-Erkrankten wurden die befragten Einrichtungen gebeten, auf einer 6-Punkte-Skala die Häufigkeit von insgesamt 14 Symptomgruppen bei den Rehabilitandinnen und

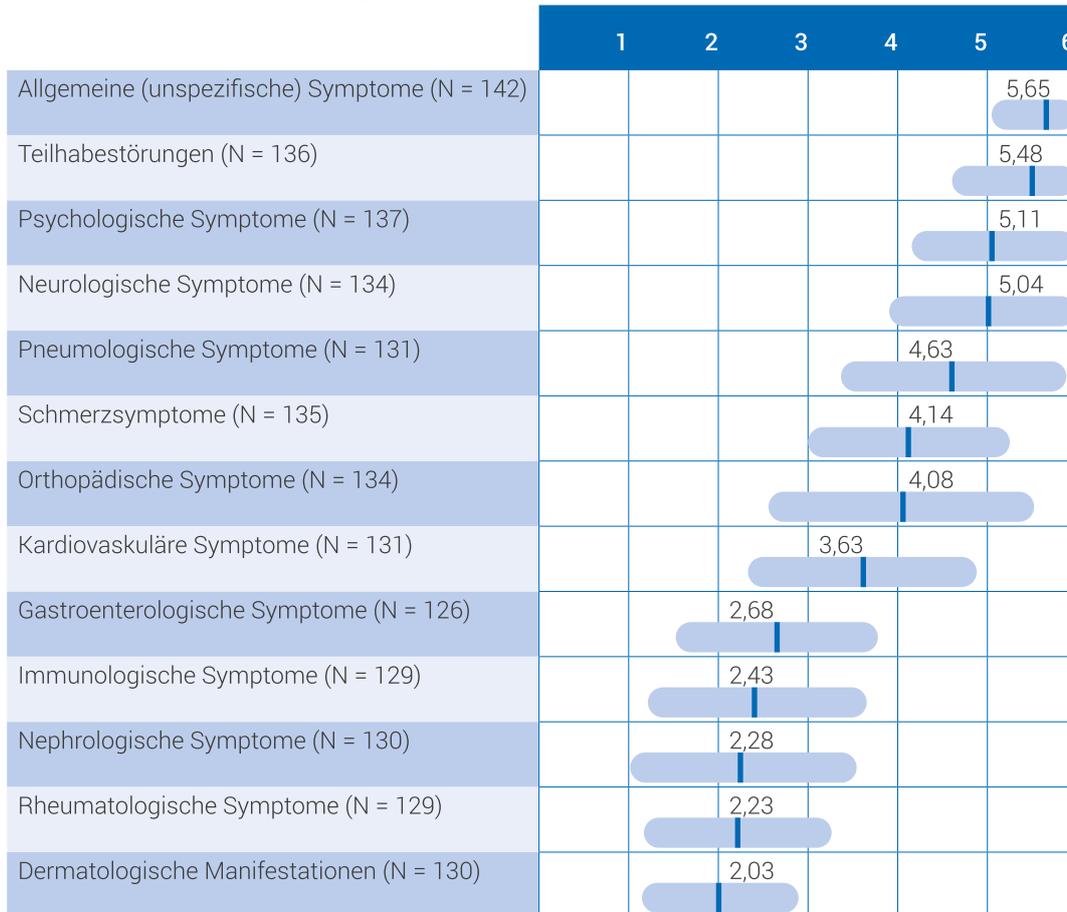
3.6 Rehabilitandenstruktur bei Long COVID

Rehabilitanden mit Long COVID in ihrer Einrichtung einzuschätzen (1 = nie, 6 = sehr häufig). Es werden deutlich unterschiedliche Häufigkeiten der Symptomcluster berichtet, wie die Abbildung zeigt.

Häufigkeit unterschiedlicher Symptome bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID

Abb.14

Dargestellt ist die mittlere eingeschätzte Häufigkeit auf einer Skala von 1 = nie bis 6 = sehr häufig (+/- einfache Standardabweichung).



Am häufigsten werden allgemeine, unspezifische Symptome wie Müdigkeit, Erschöpfung, Fatigue oder Abgeschlagenheit genannt

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Mit einem Mittelwert von 5,65 werden am häufigsten allgemeine, unspezifische Symptome wie Müdigkeit, (chronische) Erschöpfung, Fatigue oder Abgeschlagenheit genannt. Mit einem Mittelwert von 5,48 ähnlich häufig werden Teilhabestörungen berichtet. Hierzu gehören unter anderem eine verminderte Belastbarkeit, alltagsrelevante Einschränkungen, eine reduzierte Lebensqualität oder verminderte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Der Stellenwert psychischer Symptome ist mit einem Mittelwert von 5,11 ebenfalls hoch. Am seltensten werden rheumatologische und dermatologische Symptome mit Mittelwerten von 2,23 bzw. 2,03 angegeben.

Zusätzlich wurde untersucht, ob bestimmte Symptomgruppen auch von solchen Einrichtungen berichtet werden, die keine entsprechende Fachabteilung aufweisen. Dafür werden die Mittelwerte verglichen und ein Welch-Test zum Vergleich der Gruppen durchgeführt.

Tabelle 11 Werden bestimmte Symptomgruppen in Einrichtungen mit entsprechender Fachabteilung häufiger berichtet?

Dargestellt ist die mittlere eingeschätzte Häufigkeit von Symptomen aus dem entsprechenden Fachgebiet – getrennt für Einrichtungen mit bzw. ohne entsprechende Fachabteilung – sowie die Ergebnisse eines Signifikanztests auf Mittelwertunterschiede.

Alle vier Symptomgruppen sind in jenen Einrichtungen höher, die eine entsprechende Fachabteilung haben

Fachgebiet	Mittlere Häufigkeit in Einrichtungen ohne Fachabteilung (N)	Mittlere Häufigkeit in Einrichtungen mit Fachabteilung (N)	p-Wert: Welch-Test
Psychosomatik/Psychotherapie	4,89 (93)	5,57 (44)	<0,001***
Pneumologie	4,44 (107)	5,50 (24)	<0,001***
Neurologie	4,81 (89)	5,49 (45)	<0,001***
Kardiologie	3,21 (86)	4,44 (45)	<0,001***

*p < 0,1; **p < 0,05; ***p < 0,01

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Der Vergleich zeigt, dass die einschlägigen Symptomgruppen auch in solchen Einrichtungen häufig berichtet werden, die keine entsprechende Fachabteilung aufweisen. Dennoch weist der Mittelwertvergleich signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Symptome aus. Alle vier Symptomgruppen sind in jenen Einrichtungen höher, die eine entsprechende Fachabteilung haben, was darauf hindeutet, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zielgerichtet in spezialisierten Reha-Einrichtungen behandelt werden.

Zwischenfazit

Die Behandlung von Long COVID findet in den befragten Reha-Einrichtungen sowohl indikations-spezifisch mit den Mitteln der jeweiligen Fachabteilung als auch indikationsübergreifend nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF statt. Die Behandlung von Long COVID-Patientinnen und -Patienten in neurologischen, psychosomatisch-psychotherapeutischen und pneumologischen Fachabteilungen ist häufig. Die bekannten Symptomcluster bei Long COVID können auch für den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation bestätigt werden (Lopez-Leon et al., 2021).

Aktuell überwiegen Eigenentwicklungen von Reha-Konzepten zur Behandlung von Long COVID in der Rehabilitation. Bei den verfügbaren Reha-Konzepten, die bei Long COVID angewendet werden, findet eine Anpassung der Konzepte auf das Leistungsniveau der Long COVID-Betroffenen statt. Vereinbarungen zu Long COVID zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern sind selten. Behandelt wird multimodal und multidisziplinär sowie mit Schwerpunkt auf postvirale Fatigue sowie den individuellen Symptomen. Der überwiegende Anteil der befragten Einrichtungen berichtet über Besserungen der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie der Leistungs- und Erwerbsfähigkeit im Zuge einer Rehabilitation bei Long COVID.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist besonders zu beachten, dass es sich um Selbstauskünfte der befragten Einrichtungen handelt. Auf die Gesamtheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID können die Ergebnisse daher ebenso wenig übertragen werden wie auf die Gesamtheit der an Long COVID erkrankten Personen.



4 Schnittstellen und vertiefende Analysen

Dieser Teil der Auswertungen beschäftigt sich mit Schnittstellen zu Versorgungsbereichen, die der medizinischen Rehabilitation von Long COVID-Patientinnen und -Patienten vor- und nachgelagert sind. Zudem werden vertiefende Analysen präsentiert, die ein differenzierteres Bild von der aktuellen Versorgungslage von Long COVID-Patientinnen und -Patienten in den Reha-Einrichtungen liefern. Diese Vertiefungen knüpfen an den [zweiten](#) und [dritten Teil](#) der Ergebnisse an (siehe dort).

Grundlage der folgenden Analysen sind Angaben von insgesamt 173 Reha-Einrichtungen. Dabei handelt es sich um Reha-Einrichtungen, die aktuell oder in den letzten Monaten seit Beginn der Pandemie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer Long COVID-(Zusatz-)Diagnose in der Einrichtung behandeln oder behandelt haben.

4.1 Zugang in die medizinische Rehabilitation

Dauer zwischen COVID-19-Infektion und Rehabilitation

Von den befragten Einrichtungen machen (Abb. 15) 122 eine Angabe dazu, wie viel Zeit durchschnittlich zwischen der COVID-19-Infektion und dem Beginn der medizinischen Reha bei Long COVID liegt. Die Angaben streuen stark. Es werden Dauern zwischen einer Woche und einem Jahr nach der Infektion berichtet. Teilweise werden auch Zeitkorridore angegeben (z. B. „8 bis 12 Wochen“). Um hier statistische Auswertungen zu ermöglichen, wird in diesen Fällen der Mittelwert des genannten Zeitfensters gebildet (im Beispiel: „10 Wochen“).

Über alle befragten Reha-Einrichtungen ergibt sich ein durchschnittlicher Wert von rund 15 Wochen, die zwischen der COVID-19-Infektion und dem Beginn einer Reha bei Long COVID liegen. Zu beachten ist, dass der Median zwölf Wochen beträgt und eine hohe Standardabweichung (SD) zu verzeichnen ist. Im Mittel treten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID die medizinische Reha also etwa drei bis vier Monate nach der Infektion an.

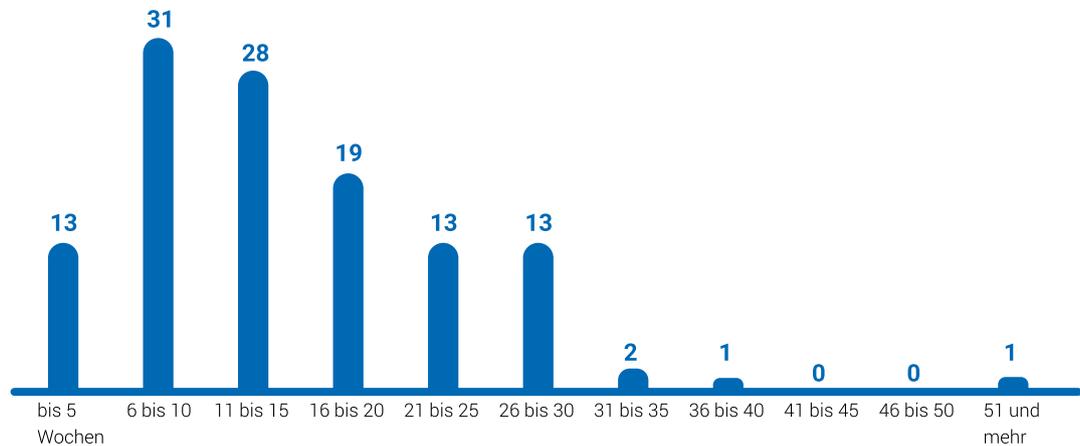
Erwartungsgemäß korreliert die Dauer zwischen Infektion und Reha-Antritt mit der Wartezeit bis zum Beginn der Rehabilitation ($r = 0,365$; $p < 0,001$). Signifikante Zusammenhänge zwischen der Dauer bis zum Reha-Antritt und dem Vorliegen ausreichender Kapazitäten für die Behandlung von Long COVID ergeben sich nicht.

Keine Zusammenhänge zwischen Dauer bis zum Reha-Antritt und dem Vorliegen von Kapazitäten für Long COVID

Abb. 15 Dauer zwischen COVID-Infektion und Reha-Beginn bei Long COVID

Rund 15 Wochen liegen zwischen einer COVID-19-Infektion und dem Beginn einer Reha bei Long COVID

Histogramm der Angaben/Schätzungen der Reha-Einrichtungen in Wochen
Min = 1; Median = 12; Mittelwert = 15,27; Std.abw. = 9,08; Max = 52; N = 122



Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

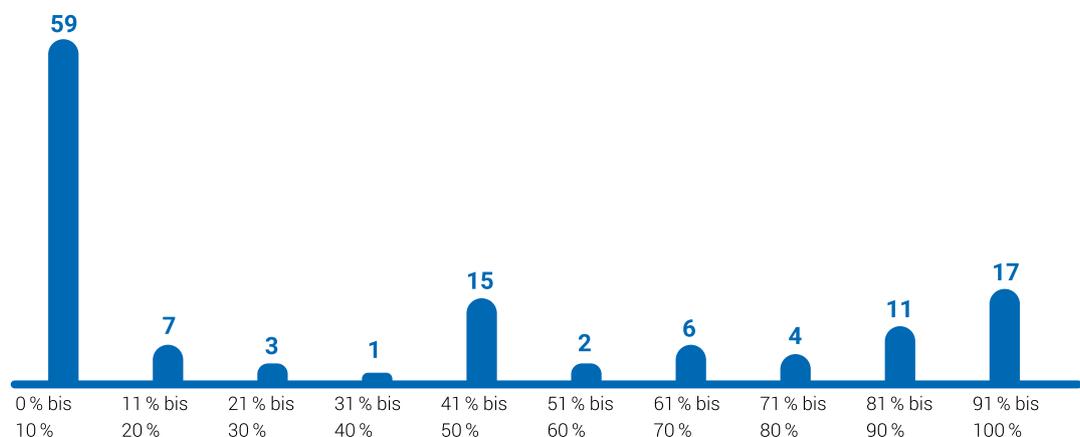
Sicherheit der Diagnose bei Antritt der medizinischen Rehabilitation

Die Evidenzbasierung zu Long COVID wird wegen der Dynamik der Thematik und ihrer empirischen Grundlagen erst nach und nach aufgebaut. Das zeigt sich auch in Nomenklatur und Diagnosestellung, vgl. dazu z. B. die im Oktober 2021 (im Anschluss an diese Befragung) veröffentlichte vorläufige Arbeitsdefinition von Post COVID durch die WHO ([Link](#)). Entsprechend schwierig gestaltet es sich daher für die Versorgungspraxis, eine eindeutige Diagnose zu stellen oder Long COVID von Post COVID u. a. aufgrund ihrer zeitlichen Charakteristika voneinander abzugrenzen. Vor diesem Hintergrund wird Long COVID häufig aktuell als Sammelbegriff für gesundheitliche Langzeitfolgen nach einer COVID-19-Infektion verwendet.

Abb. 16 Anteil von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID, die bei Aufnahme eine sichere Diagnose aufweisen

Etwa 38 % weisen bei der Aufnahme eine gesicherte Long COVID-Diagnose auf

Histogramm der Angaben/Schätzungen der Reha-Einrichtungen, N = 125



Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Die Reha-Einrichtungen berichten im Durchschnitt, dass nur etwa 38 % der behandelten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID bei der Aufnahme eine gesicherte Long COVID-Diagnose

4.1 Zugang in die medizinische Rehabilitation

aufweisen (Abb. 16). Die Standardabweichung beträgt hier ebenfalls 38 Prozentpunkte. Es zeigt sich eine trimodale Verteilung: Rund die Hälfte der Reha-Einrichtungen gibt den Anteil der Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden mit sicherer Diagnose mit 20 % oder weniger an. Dem gegenüber steht rund ein Fünftel der Reha-Einrichtungen, die angeben, dass mehr als 80 % der Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden bei Aufnahme eine sichere Diagnose aufweisen. Die übrigen Reha-Einrichtungen berichten einen Anteil zwischen 21 % und 80 %, wobei eine weitere Häufung bei 41 % bis 50 % zu erkennen ist. Aussagen dazu, ob Eingangs- und Entlassungsdiagnose übereinstimmen, wurden nicht erhoben.

Vorausgegangene Behandlungen der Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden

Insgesamt haben 115 Einrichtungen Angaben dazu gemacht, aus welchen vorgelagerten Versorgungsstrukturen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in die medizinische Reha gelangen. Die befragten Reha-Einrichtungen schätzten dafür, welcher Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden jeweils

- nach stationärer Akutbehandlung im Krankenhaus,
 - nach ambulanter ärztlicher Behandlung oder
 - ohne vorausgegangene Akutbehandlung
- in der Reha-Einrichtung behandelt wird bzw. wurde.

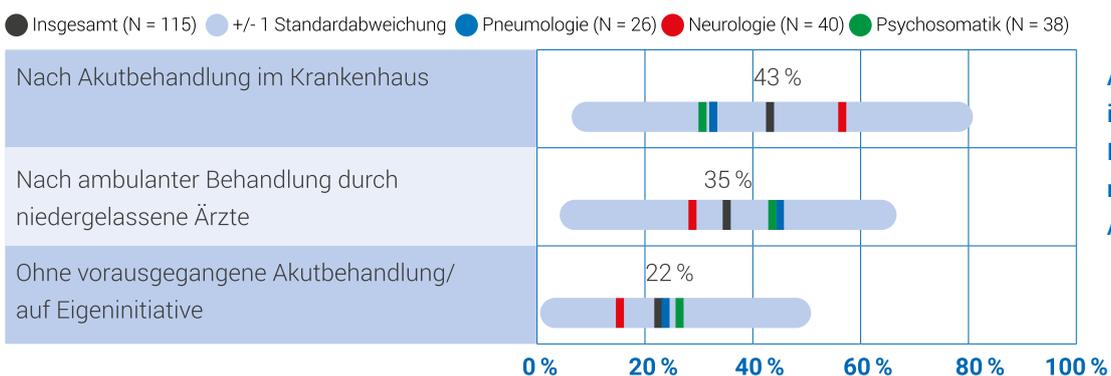
Über alle Befragten ergibt sich die folgende Verteilung:

Wie die nachfolgende Abbildung (Abb.17) zeigt, kommen alle drei Zugänge in die medizinische Rehabilitation mit substantiellen Anteilen von 43 % (nach akut), 35 % (nach ambulant) und 22 % (ohne vorausgegangene Akut-Behandlung) vor. Zu beachten ist, dass in der Praxis der Leistungsbewilligung die ambulanten Therapiemöglichkeiten umfänglich ausgeschöpft sein müssen, um eine Rehabilitationsleistung zu erhalten (Voraussetzung für die Gewährung einer Rehabilitation). Reha-Einrichtungen, die Long COVID in neurologischen Fachabteilungen behandeln (rot), weisen einen höheren Anteil an Patientinnen und Patienten auf, die direkt aus der Akutbehandlung im Krankenhaus in die Rehabilitation kommen. In Reha-Einrichtungen, die Long COVID in einer pneumologischen (blau) oder psychosomatischen-psychotherapeutischen Fachabteilung (grün) behandeln, ist der Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die zuvor in ambulanter ärztlicher Behandlung waren, größer.

Wie kommen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in die Reha?

Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID, die nach Behandlung im Krankenhaus, Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt bzw. eine Ärztin oder ohne vorausgegangene Behandlung in die Reha kommen. Dargestellt sind der Mittelwert +/- einfache Standardabweichung sowie zusätzlich die Verteilungen für Einrichtungen mit Long COVID-Behandlung in bestimmten Fachabteilungen

Abb. 17



Alle drei Zugänge in die medizinische Rehabilitation kommen mit substantiellen Anteilen vor

Die befragten Reha-Einrichtungen konnten in der Befragung freitextlich angeben, ob Unterschiede zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus den unterschiedlichen Zugängen bestehen. Insgesamt 53 Befragte machten hierzu eine Angabe. 22 davon berichten keine Unterschiede. Unterschiede werden von 17 Einrichtungen beschrieben. Bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die nach einer stationären Akutbehandlung im Krankenhaus in die Reha kommen, seien oft schwerwiegendere Funktionseinschränkungen vorhanden, die auch eine Folge intensivmedizinischer Behandlung sein können. Zuvor ambulant behandelte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden seien hingegen eher von lang anhaltenden oder spät auftretenden Symptomen wie Fatigue und kognitiven Einschränkungen betroffen.

4.2 Abschluss der Rehabilitation und weitergehende Behandlung

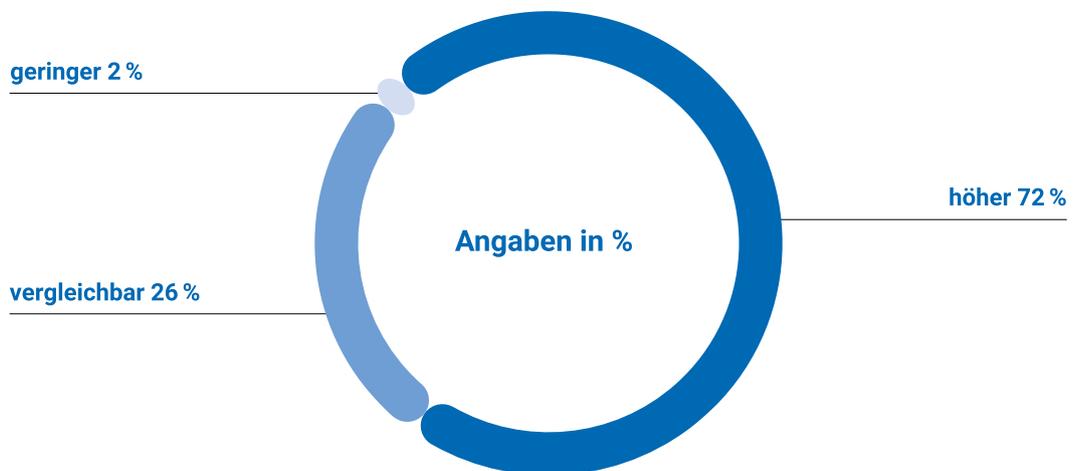
Nachsorgebedarf

Von 134 Reha-Einrichtungen (Abb. 18) geben 96 (72 %) an, dass das Ausmaß und die Dauer des Nachsorgebedarfes bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID im Vergleich zu anderen Erkrankungen höher sind. Einen gegenüber anderen Indikationen vergleichbaren Nachsorgebedarf konstatieren 35 Einrichtungen (26 %). Nur drei befragte Einrichtungen (2 %) schätzen den Nachsorgebedarf niedriger ein als bei anderen Indikationen.

Abb. 18 **Einschätzung des Nachsorgebedarfes bei Long COVID im Vergleich zu anderen Indikationen**

N = 134

Ausmaß und Dauer des Nachsorgebedarfes bei Long COVID sind im Vergleich zu anderen Erkrankungen höher



Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Nachsorgeempfehlungen

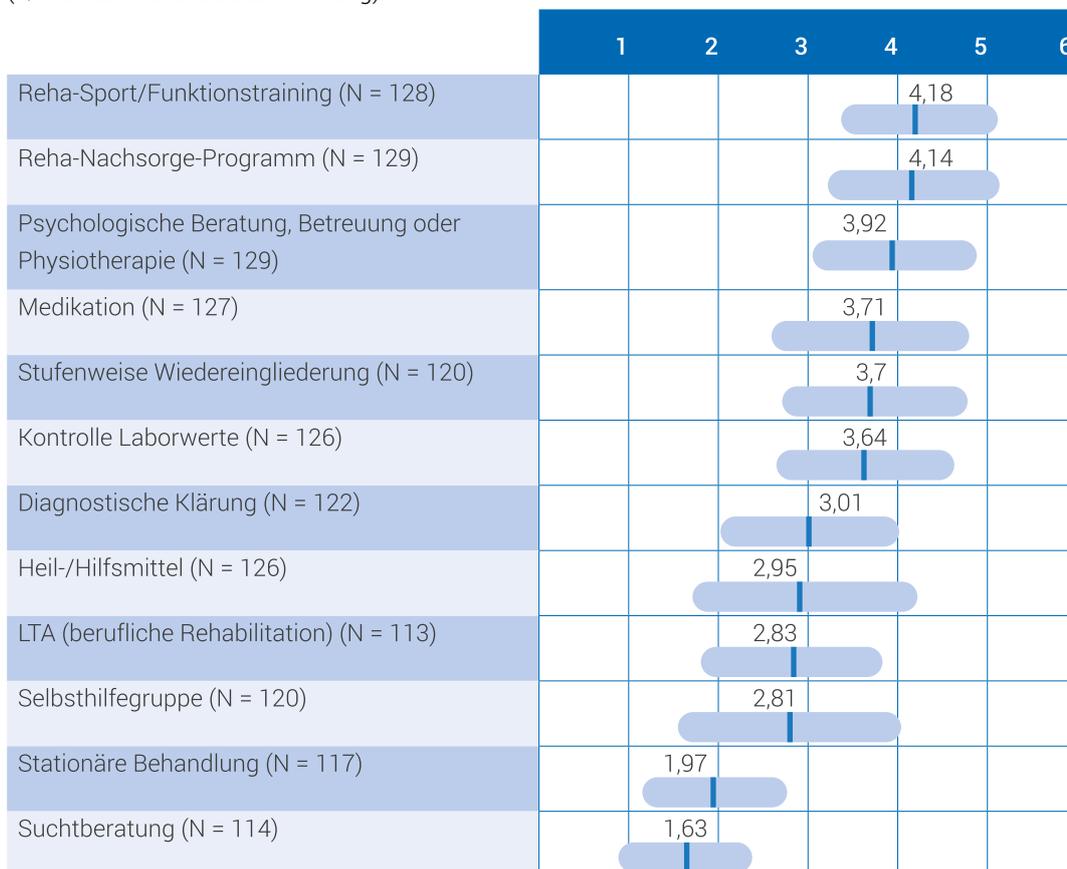
In den Reha-Entlassungsberichten können von den Reha-Einrichtungen nachgehende Leistungen im Anschluss an die medizinische Rehabilitation empfohlen werden, die die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach der Rehabilitation weiter unterstützen. Erhoben wurde, welche nachgehenden Leistungen wie häufig bei Beendigung der Long COVID-Rehabilitation empfohlen werden. Jede der insgesamt zwölf Nachsorgeempfehlungen war auf einer Skala von 1 (nie) bis 6 (sehr häufig) zu bewerten.

4.2 Abschluss der Rehabilitation und weitergehende Behandlung

Häufigkeit von Empfehlungen zur weiteren Behandlung nach der Reha

Dargestellt ist die mittlere eingeschätzte Häufigkeit auf einer Skala von 1 = nie bis 6 = sehr häufig (+/- einfache Standardabweichung).

Abb. 19



Zum Ende einer Reha bei Long COVID werden vielfältige Empfehlungen zur weiteren Behandlung gegeben

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Die Grafik (Abb. 19) zeigt, dass zum Ende einer Reha bei Long COVID vielfältige Empfehlungen zur weiteren Behandlung gegeben werden. Am häufigsten werden Reha-Sport/Funktionstraining und komplexe Nachsorge-Programme der Reha-Träger nach einer Long COVID-Rehabilitation empfohlen. Fast ebenso häufig werden psychologische Angebote im Sinne von nachgehender psychologischer Beratung, Betreuung oder Psychotherapie angeregt. Die Empfehlung einer nachgehenden diagnostischen Klärung kann mit der Diagnosesicherheit von Long COVID zusammenhängen (siehe auch dort). Die Empfehlung einer stufenweisen Wiedereingliederung weist darauf hin, dass Long COVID mit einer längeren Arbeitsunfähigkeitsdauer (von mehr als 6 Wochen) einhergeht und die Betroffenen schrittweise an die volle Arbeitsbelastung herangeführt werden müssen. Aus der Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an die medizinische Rehabilitation lässt sich schlussfolgern, dass bei einem Teil der Long COVID-Patientinnen und -Patienten die Problematik einer gefährdeten Erwerbsfähigkeit besteht, die durch die medizinische Rehabilitation nicht gänzlich aufgelöst werden kann. Dies deckt sich auch mit der Einschätzung der Reha-Einrichtungen, die berichten, dass durch eine medizinische Reha bei Long COVID die Erwerbsfähigkeit nicht im gleichen Maße verbessert wird wie die Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Maßnahmen der Suchtberatung werden am seltensten angeraten. Hier ist jedoch auch zu beachten, dass Suchteinrichtungen unter den Respondern unterrepräsentiert waren.

4.3 Vertiefende Analysen von Einrichtungsklustern

Im [zweiten Teil der Ergebnisse](#) wurde untersucht, ob die Reha-Einrichtungen, in denen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID behandelt werden, über ausreichende Kapazitäten und Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID verfügen. Im Ergebnis wurden die Einrichtungen auf der Basis dieser beiden Dimensionen vier Gruppen zugeordnet.

Tabelle 12 Gruppierung der Einrichtungen

nach berichteten Kapazitäten und Voraussetzungen für die Rehabilitation bei Long COVID

Gruppe	Kapazitäten	Voraussetzungen	Anzahl	Anteil
1	ausreichend	ausreichend	85	64,9 %
2	fehlend	ausreichend	33	25,2 %
3	ausreichend	fehlend	4	3,1 %
4	fehlend	fehlend	9	6,9 %

Kapazitäten und Voraussetzungen sind in zwei Drittel der befragten Einrichtungen gegeben

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Die Kategorisierung zeigt, dass bei einer Mehrheit von knapp 65 % der Reha-Einrichtungen ausreichend Kapazitäten und (personelle, räumliche, technisch-apparative) Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID gegeben sind. Im Folgenden wird untersucht, inwiefern sich die Kapazitäten und Voraussetzungen nach bestimmten Einrichtungsmerkmalen unterscheiden, um zu prüfen, ob bestimmte Eigenschaften von Reha-Einrichtungen mit fehlenden bzw. ausreichenden Kapazitäten und Voraussetzungen assoziiert sind.

Vergleich nach Fachabteilungen

Untersucht wird, ob sich die Kapazitäten und Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID in Abhängigkeit davon unterscheiden, ob in einer Einrichtung die Behandlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in bestimmten indikationsspezifischen Fachabteilungen stattfindet. Hierfür werden die Mittelwerte in den Indizes für Kapazitäten und Voraussetzungen verglichen.

Hinsichtlich der [Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID](#) bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen Einrichtungen, die Long COVID in unterschiedlichen indikationsspezifischen Fachabteilungen behandeln. Bezüglich der [Kapazitäten für die Reha bei Long COVID](#) zeigen sich signifikante Unterschiede nur bei Einrichtungen, die Long COVID in einer pneumologischen Fachabteilung behandeln. Das heißt, behandeln Reha-Einrichtungen Long COVID in pneumologischen Fachabteilungen, haben sie auch eher Kapazitätsengpässe für die Behandlung von Long COVID. Wie in der Grafik (Abb. 20) zu erkennen ist, beträgt der durchschnittliche Unterschied 1,4 Punkte auf der Skala von 1 bis 6. Der t-Test zeigt, dass die Unterschiede zwischen beiden Gruppen signifikant sind ($p < 0,001$). Die Varianzanalyse ergibt eine Varianzreduktion von 19,3 %.

4.3 Vertiefende Analysen von Einrichtungsklustern

Kapazitäten für die Reha bei Long COVID

Abb. 20

Dargestellt sind die mittleren berichteten Kapazitäten – differenziert danach, ob Long COVID in einer pneumologischen Fachabteilung (FA) behandelt wird.

Skala von 1 = fehlend bis 6 = ausreichend (+/- einfache Standardabweichung).



Kapazitätsengpässe für die Behandlung von Long COVID gibt es eher in Einrichtungen mit pneumologischen Fachabteilungen

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Von den Einrichtungen, die Long COVID in einer pneumologischen Fachabteilung behandeln, werden nicht nur eher fehlende Kapazitäten berichtet. In Einklang damit werden auch signifikant längere Wartezeiten auf einen Reha-Platz in der Einrichtung angegeben. Während die Wartezeit bei Einrichtungen ohne Long COVID-Behandlung in einer pneumologischen Fachabteilung durchschnittlich 4,4 Wochen beträgt, beträgt die Wartezeit bei Einrichtungen mit Long COVID-Behandlung in einer pneumologischen Fachabteilung durchschnittlich 10,1 Wochen. Der t-Test zeigt auch hier signifikante Unterschiede ($p < 0,001$).

Obwohl die Einrichtungen, die Long COVID in einer psychosomatischen Fachabteilung behandeln, keine niedrigeren Kapazitäten für Long COVID berichten, ist die durchschnittliche Wartezeit auf einen Reha-Platz dort mit durchschnittlich 7,3 Wochen deutlich länger als bei Einrichtungen ohne Long COVID-Behandlung in psychosomatischer Fachabteilung (4,9 Wochen). Es handelt sich um einen signifikanten Unterschied, wie der t-Test zeigt ($p = 0,032$).

Wartezeit für eine Rehabilitation bei Long COVID

Abb. 21

Mittelwerte der Angaben/Schätzungen in Wochen, gruppiert nach Einrichtungen mit und ohne Long COVID-Behandlung in bestimmten Fachabteilungen (FA)

Gesamtstichprobe

Alle Einrichtungen (N = 148)

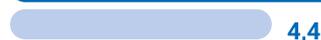


Pneumologie

Einrichtungen mit Behandlung in FA (N = 28)



Einrichtungen ohne Behandlung in FA (N = 94)



Neurologie

Einrichtungen mit Behandlung in FA (N = 41)



Einrichtungen ohne Behandlung in FA (N = 81)



Psychosomatik/Psychotherapie

Einrichtungen mit Behandlung in FA (N = 40)



Einrichtungen ohne Behandlung in FA (N = 82)



Die Wartezeit ist länger bei Einrichtungen mit Long COVID-Behandlung in pneumologischer Fachabteilung. Sie ist kürzer in Einrichtungen mit Long COVID-Behandlung in neurologischer Fachabteilung

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Die Wartezeit bei Einrichtungen mit Long COVID-Behandlung in neurologischer Fachabteilung ist mit durchschnittlich 3,4 Wochen deutlich und signifikant kürzer als bei Einrichtungen ohne Behandlung in neurologischer Fachabteilung (6,8 Wochen; t-Test, $p = 0,003$). Dies kann damit zusammenhängen, dass eine neurologische Reha oftmals als Anschlussrehabilitation zeitnah nach akutem Krankenhausaufenthalt stattfindet (vgl. dazu neurologisches Phasenmodell).

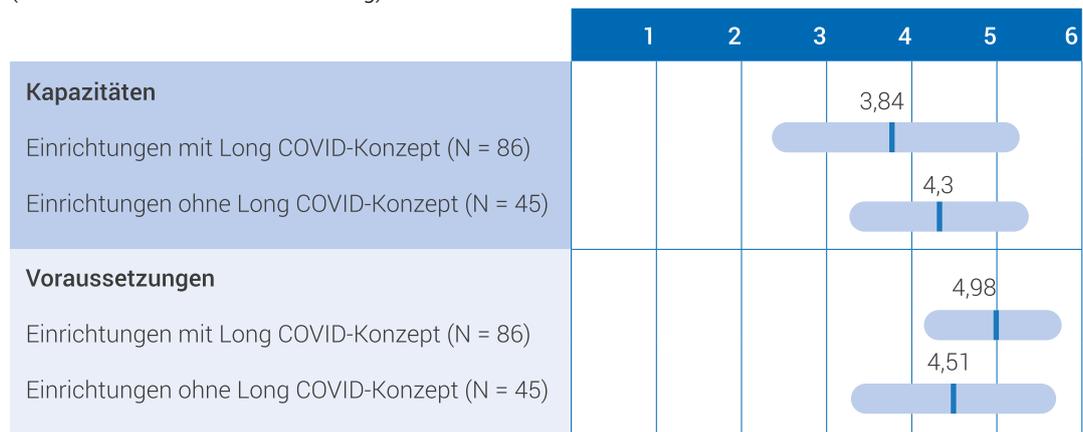
Vergleich nach Nutzung eines Konzeptes

Weitere signifikante Unterschiede hinsichtlich der Kapazitäten und Voraussetzungen für die Behandlung von Long COVID finden sich zwischen Einrichtungen mit und ohne ein spezielles [Behandlungskonzept für Long COVID](#).

Abb. 22 Kapazitäten & Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID

differenziert danach, ob Einrichtungen ein spezielles **Konzept** zur Behandlung von Long COVID einsetzen. Dargestellt ist der mittlere Indexwert auf einer Skala von 1 = fehlend bis 6 = ausreichend (+/- einfache Standardabweichung).

Reha-Einrichtungen mit einem speziellen Konzept für die Reha bei Long COVID weisen bessere Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID auf, aber berichten eher über kapazitive Mängel



Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Wie in der oberen Grafik (Abb. 22) zu erkennen ist, berichten Einrichtungen mit speziellem Konzept für die Behandlung von Long COVID eher fehlende Kapazitäten und eher ausreichende Voraussetzungen als Einrichtungen ohne ein solches Konzept. Der Welch-Test ergibt, dass die Gruppenunterschiede hinsichtlich der Kapazitäten und Voraussetzungen signifikant sind ($p = 0,037$ bzw. $p = 0,019$). Durch die Frage nach einem speziellen Long COVID-Konzept werden 2,8 % der Varianz der Kapazitäten und 5,3 % der Varianz der Voraussetzungen aufgeklärt. Dies zeigt, dass die Reha-Einrichtungen mit einem speziellen Konzept für die Reha bei Long COVID einerseits bessere Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID aufweisen, andererseits aber eher kapazitive Mängel berichten.

Vergleich nach Einrichtungsgröße

Um zu untersuchen, ob sich die Größe der Einrichtungen auf die bestehenden Kapazitäten und Voraussetzungen zur Behandlung von Long COVID auswirkt, werden die Einrichtungen in drei Gruppen unterteilt und verglichen: kleinere Einrichtungen (bis 150 Betten, $N = 37$), mittelgroße Einrichtungen (151 bis 250 Betten, $N = 46$) und größere Einrichtungen (über 250 Betten, $N = 45$). Mittels einfaktorieller Varianzanalyse werden die drei Gruppen auf Mittelwertunterschiede in ihren Kapazitäten und Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID untersucht. Zwischen den Gruppen ergeben sich weder signifikante Unterschiede hinsichtlich der Kapazitäten ($F(2, 125) = 0,165$, $p = 0,848$) noch

4.3 Vertiefende Analysen von Einrichtungsclustern

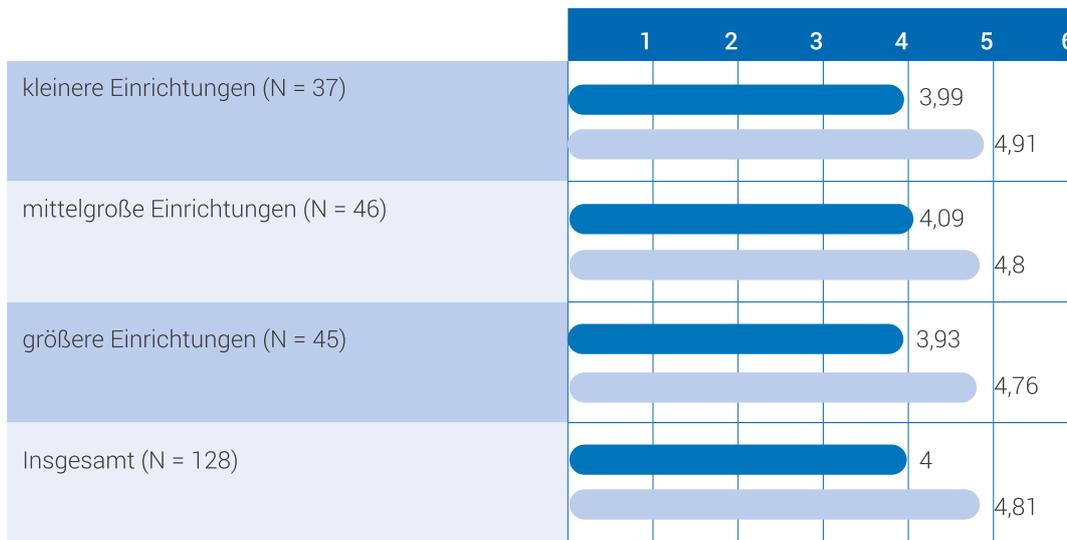
hinsichtlich der Voraussetzungen ($F(2, 125) = 0,24, p = 0,787$). Die Einrichtunggröße führt zu einer Varianzaufklärung bei den Kapazitäten von 0,26 %, bei den Voraussetzungen von 0,38 %. Die grafischen Darstellungen unterstreichen dieses Ergebnis.

Kapazitäten & Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID

Dargestellt sind die mittleren Kapazitäten und Voraussetzungen nach **Einrichtunggröße** auf einer Skala von 1 = fehlend bis 6 = ausreichend (+/- einfache Standardabweichung).

● Kapazitäten ● Voraussetzungen

Abb. 23



Ausreichende Kapazitäten und vorhandene Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID hängen nicht von der Einrichtunggröße ab

Kleinere Einrichtungen: bis 150 Betten, mittelgroße Einrichtungen: 151 bis 250 Betten, größere Einrichtungen: über 250 Betten.
Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

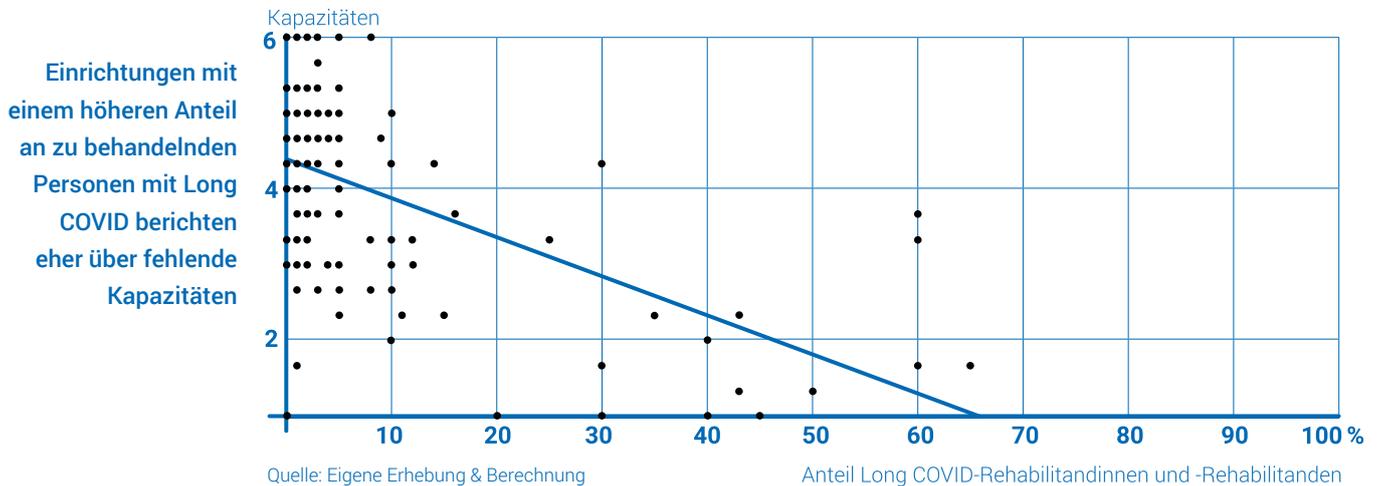
Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Vorhandensein von ausreichend Kapazitäten und Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID nicht von der Einrichtunggröße abhängt.

Vergleich nach Anteil der Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden

Die kombinierte Analyse des prozentualen Anteils von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in der Reha-Einrichtung mit den Kapazitäten und Voraussetzungen für die Long COVID-Behandlung ergibt, dass Einrichtungen mit einem höheren Anteil an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID eher fehlende Kapazitäten berichten. Es liegt eine signifikante, negative Korrelation von $r = -0,551$ ($p < 0,001$) vor. Das heißt: Einrichtungen, in denen ein größerer Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in der Einrichtung behandelt wird, berichten eher über kapazitive Engpässe für die Reha bei Long COVID. Ein Zusammenhang des Anteils von Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden mit den Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID kann hingegen nicht festgestellt werden ($r = -0,059; p = 0,509$).

Abb. 24 Anteil von Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden und Kapazitäten für die Reha bei Long COVID

Kapazitäten: 1 = fehlend bis 6 = ausreichend, N = 128



Varianzaufklärung von Kapazitäten und Voraussetzungen für Long COVID

Um zu untersuchen, welche Merkmale der Reha-Einrichtungen mit den Kapazitäten für Long COVID zusammenhängen und zu einer Varianzaufklärung beitragen, wird eine stufenweise, multivariate Varianzanalyse angewandt. Der statistische Einfluss der einzelnen Einrichtungsmerkmale auf die berichteten Kapazitäten und Voraussetzungen lässt sich so vergleichen. So wird geprüft, ob die einzelnen Merkmale zu einer Varianzreduktion beitragen – also einen bedeutsamen Einfluss auf die Kapazitäten bzw. Voraussetzungen haben.

In den folgenden Tabellen wird dabei für jedes Einrichtungsmerkmal zunächst ausgewiesen, welchen Anteil der Varianz innerhalb der Kapazitäten bzw. Voraussetzungen dieses einzelne Merkmal aufklärt und ob der F-Test für das Modell signifikant ist. Zusätzlich wird die jeweils aufgeklärte Varianz durch Hinzunahme eines weiteren Merkmals ausgewiesen.

Tabelle 13 Die Einschätzung der Kapazitäten für die Reha bei Long COVID hängt ab von ...

Variable/Faktor	Einfaktorielle Varianzanalyse		Schrittweise, multifaktorielle Varianzanalyse	
	R ²	p-Wert	R ²	p-Wert
Behandlung in kardiolog. FA (0/1)	0,008	0,308	0,008	0,308
Behandlung in pneumolog. FA (0/1)	0,193	< 0,001***	0,234	< 0,001***
Behandlung in neurolog. FA (0/1)	0,007	0,347	0,234	< 0,001***
Behandlung in psych. FA (0/1)	0,002	0,642	0,235	< 0,001***
Nutzung eines speziellen LC-Konzeptes (0/1)	0,028	0,057*	0,242	< 0,001***
Bettenzahl	0,002	0,581	0,247	< 0,001***
Anteil der LC-Rehabilitanden	0,303	< 0,001***	0,336	< 0,001***

* p < 0,1; ** p < 0,05; *** p < 0,01
 Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

4.3 Vertiefende Analysen von Einrichtungsklustern

Die Tabelle zeigt, dass zwei Einrichtungsmerkmale signifikant mit den Kapazitäten für die Reha bei Long COVID assoziiert sind: die Behandlung von Long COVID in einer pneumologischen Fachabteilung und der Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Einrichtung mit Long COVID. Die schrittweise, multifaktorielle Varianzanalyse zeigt, dass der Einschluss beider Merkmale zu einer Steigerung der aufgeklärten Varianz führt. Da beide Merkmale auch miteinander assoziiert sind (höherer Anteil von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in Einrichtungen mit Long COVID-Behandlung in pneumologischer Fachabteilung), führt der Einschluss beider Merkmale nur zu einer begrenzten Steigerung der aufgeklärten Varianz. Für die weiteren untersuchten Merkmale kann hingegen kein Effekt nachgewiesen werden.

Durch Einschluss der sieben Einrichtungsmerkmale wird insgesamt rund ein Drittel der Varianz der Kapazitäten für die Reha bei Long COVID aufgeklärt.

Die Einschätzung der Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID hängt ab von ...

Tabelle 14

Variable/Faktor	Einfaktorielle Varianzanalyse		Schrittweise, multifaktorielle Varianzanalyse	
	R ²	p-Wert	R ²	p-Wert
Behandlung in kardiolog. FA (0/1)	0,008	0,333	0,008	0,333
Behandlung in pneumolog. FA (0/1)	0,004	0,466	0,016	0,382
Behandlung in neurolog. FA (0/1)	0,001	0,740	0,016	0,578
Behandlung in psych. FA (0/1)	0,009	0,294	0,025	0,537
Nutzung eines speziellen LC-Konzeptes (0/1)	0,053	0,008***	0,089	0,046**
Bettenzahl	0,013	0,198	0,129	0,012**
Anteil der LC-Rehabilitanden	0,003	0,509	0,135	0,018**

Kapazitive Engpässe insbesondere bei Einrichtungen, die Long COVID in einer pneumologischen Fachabteilung behandeln oder einen höheren Anteil von Long COVID-Rehabilitanden haben

* p < 0,1; ** p < 0,05; *** p < 0,01

Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Im Unterschied zu den Kapazitäten der Reha-Einrichtungen tragen weder die Behandlung von Long COVID in pneumologischer Fachabteilung noch der Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID zu einer Varianzaufklärung der Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID bei. Einen signifikanten Einfluss auf die Voraussetzungen hat nur das Vorhandensein eines speziellen Konzeptes für die Behandlung von Long COVID. Unter Einbeziehung aller Merkmale werden 13,5 % der Varianz der Voraussetzungen aufgeklärt.

Zusammenfassend zeigen die Varianzanalysen, dass insbesondere Einrichtungen, die Long COVID in einer pneumologischen Fachabteilung behandeln, und Einrichtungen, die einen höheren Anteil von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID haben, kapazitive Engpässe berichten. Für die Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID kann nur ein einflussreicher Faktor identifiziert werden: Einrichtungen mit einem speziellen Konzept zur Long COVID-Behandlung weisen bessere Voraussetzungen auf.

4.4 Vertiefende Analysen zu den Ergebnissen der Reha bei Long COVID

Im **dritten Teil der Analyse** wurde gezeigt, dass eine deutliche Mehrheit der Reha-Einrichtungen eine **positive Wirkung der Reha bei Long COVID** in Bezug auf körperliche und psychische Gesundheit sowie Leistungsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden feststellt. Mit einer differenzierteren Auswertung wird untersucht, ob sich diese Einschätzung zwischen den Einrichtungen mit fehlenden und ausreichend **Kapazitäten** und **Voraussetzungen** für die Reha bei Long COVID unterscheidet.

Dabei zeigt sich, dass ausreichende oder fehlende Kapazitäten keinen statistischen Zusammenhang mit einer der Ergebnisdimensionen (körperl./psych. Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit) aufweisen. Ausreichende Voraussetzungen hingegen korrelieren leicht positiv und signifikant mit drei der vier Ergebnisdimensionen. Das heißt: Je besser eine Einrichtung die Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID erfüllt sieht, desto besser wird auch das Ergebnis der Reha bei Long COVID eingeschätzt. Oder – da die Richtung der Kausalität unbestimmt bleibt – je besser die Ergebnisse der Reha bei Long COVID eingeschätzt werden, desto eher liegen ausreichende Voraussetzungen für die Behandlung von Long COVID in der Einrichtung vor.

Tabelle 15 Korrelation zwischen Kapazitäten, Voraussetzungen & Ergebnissen der Reha bei Long COVID

Die Einschätzung des Behandlungserfolgs bei Long COVID ist nicht unabhängig von den Voraussetzungen für die Behandlung von Long COVID in den Einrichtungen

Ergebnis: Verbesserung der	körperlichen Gesundheit	psychischen Gesundheit	Leistungs-fähigkeit	Erwerbs-fähigkeit
Kapazitäten				
Korrelation nach Pearson	-0,079	0,061	-0,020	0,063
N	115	115	114	107
Voraussetzungen				
Korrelation nach Pearson	0,213**	0,222**	0,236**	0,136
N	115	115	114	107

* p < 0,10; ** p < 0,05; *** p < 0,01
 Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Diese Ergebnisse zeigen, dass der Reha-Erfolg bei Long COVID unabhängig von den aktuellen Kapazitäten in den Reha-Einrichtungen eingeschätzt wird. Die Erkenntnis, dass Einrichtungen, die bessere Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID berichten, auch bessere Ergebnisse der Reha bei Long COVID erkennen, unterstreicht die Bedeutung ausreichender personeller, räumlicher, technisch-apparativer und inhaltlicher Ausstattung der Reha-Einrichtungen.

Zu beachten ist, dass es sich trotz signifikanter Zusammenhänge um relativ schwache Effekte handelt. Aus den Korrelationskoeffizienten ergibt sich eine Varianzaufklärung von jeweils nur rund 5 % für die drei Ergebnisparameter (körperl. Gesundheit: 4,5 %, psych. Gesundheit: 4,9 %, Leistungsfähigkeit: 5,6 %).

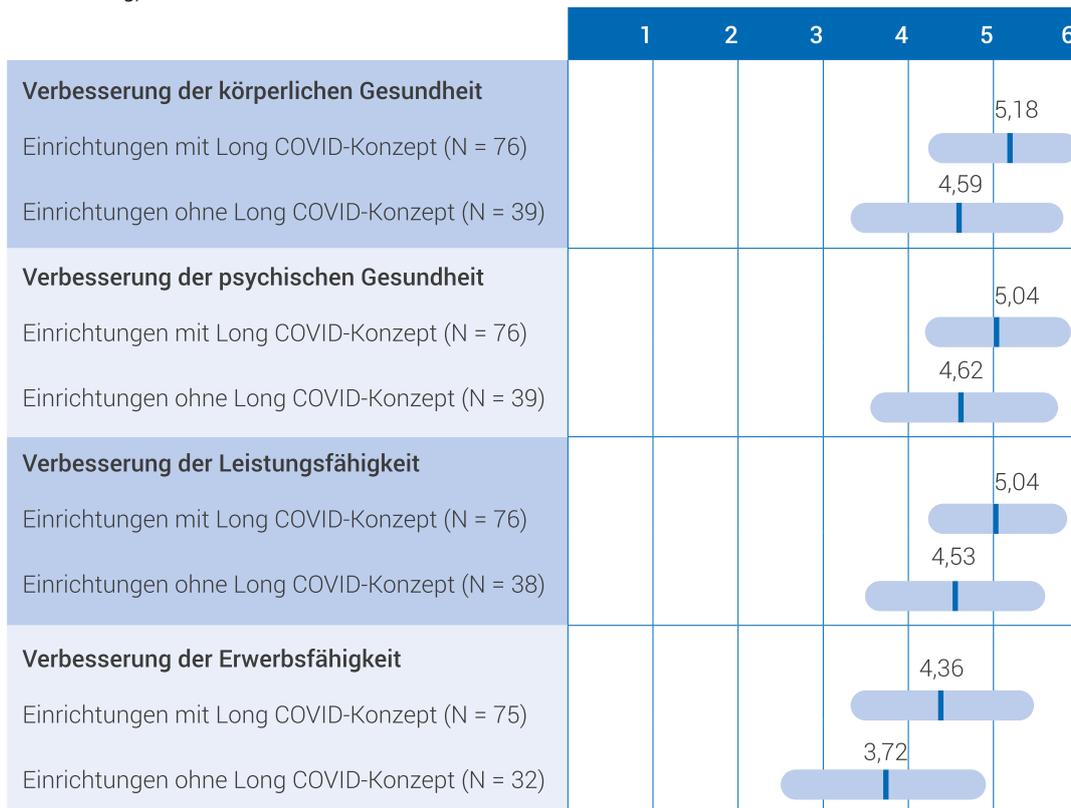
4.4 Vertiefende Analysen zu den Ergebnissen der Reha bei Long COVID

Die Einschätzung des Reha-Erfolgs bei Long COVID unterscheidet sich auch zwischen Einrichtungen mit und ohne ein [spezielles Konzept für die Reha bei Long COVID](#).

Einschätzung der Ergebnisse der Reha bei Long COVID

Abb. 25

Vier Ergebnisdimensionen, differenziert nach Einrichtungen mit und ohne ein spezielles Konzept zu Long COVID. Mittlere Zustimmung zur Aussage, dass sich die jeweilige Dimension durch die Reha messbar verbessert hat (1 = keine Zustimmung, 6 = volle Zustimmung; +/- einfache Standardabweichung)



Quelle: Eigene Erhebung & Berechnung

Welch-Tests auf Mittelwertunterschiede ergeben, dass für alle vier Ergebnisdimensionen signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungen mit und ohne ein Long COVID-Konzept bestehen. Die Unterschiede liegen zwischen 0,42 Punkten (psych. Gesundheit) und 0,64 Punkten (Erwerbsfähigkeit) auf der Skala von 1 bis 6 und fallen damit trotz Signifikanz relativ schwach aus.

Durch die Differenzierung zwischen Einrichtungen mit und ohne Konzept kann jeweils nur ein recht geringer Teil der Varianz der eingeschätzten Wirksamkeit der Reha bei Long COVID aufgeklärt werden, wie eine Varianzanalyse zeigt (körperl. Gesundheit: 7,6 %, psych. Gesundheit: 4,3 %, Leistungsfähigkeit: 6,4 %, Erwerbsfähigkeit: 6,5 %).

Zwischenfazit

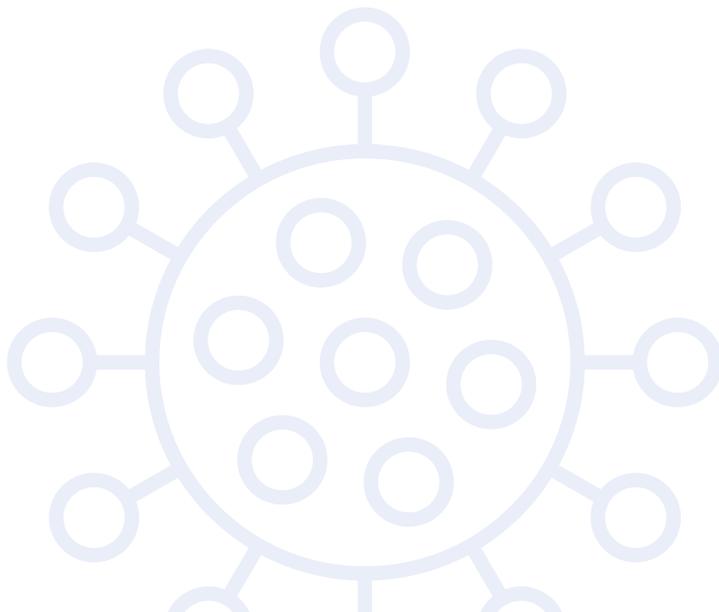
Zusammenfassend kann Folgendes festgehalten werden:

- Im Durchschnitt beginnen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit gesundheitlichen und funktionellen Langzeitfolgen einer COVID-19-Diagnose rund drei bis vier Monate nach der Infektion die medizinische Rehabilitation.
- Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden kommen sowohl nach vorangegangener Akutbehandlung im Krankenhaus, nach ambulanter Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als auch ohne vorausgegangene Behandlung (ggf. Selbsteinweiser) in die medizinische Rehabilitation. In den freitextlichen Angaben ergeben sich Hinweise auf unterschiedliche Symptombelastungen und Symptomcluster in den Zugangs-Gruppen, aus denen sich jeweils andere Reha-Bedarfe und notwendige Therapien in der Rehabilitation ergeben. Die Zugänge unterscheiden sich zudem zwischen unterschiedlichen Fachabteilungen.
- Es wird ein erhöhter Nachsorgebedarf bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID im Vergleich zu anderen Indikationen/Diagnosen berichtet. Die genannten Nachsorgeempfehlungen umfassen sowohl Einzelmaßnahmen, wie z. B. Rehabilitationssport/Funktionstraining, als auch komplexe, multimodale Nachsorgeprogramme zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe. Weitere Schwerpunkte der Nachsorgeempfehlungen liegen im Bereich der psychischen Stabilisierung, einer fortzusetzenden medikamentösen Behandlung, Aktivitäten zur Rückführung in die Beschäftigung sowie einer weiteren diagnostischen Abklärung von Long COVID.
- Fehlende Kapazitäten werden insbesondere von jenen Reha-Einrichtungen berichtet, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID in pneumologischen Fachabteilungen behandeln. Fehlende Kapazitäten sind auch häufiger in Einrichtungen, in denen ein höherer Anteil aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID behandelt wird. Reha-Einrichtungen mit einem speziellen Konzept zur Behandlung von Long COVID weisen eher ausreichende Voraussetzungen für die Behandlung auf, berichten jedoch häufiger von fehlenden Kapazitäten.
- Von den Reha-Einrichtungen, die bessere Voraussetzungen für die Reha bei Long COVID berichten, werden auch bessere Behandlungsergebnisse berichtet. Einrichtungen, die fehlende Kapazitäten berichten, schätzen die Ergebnisse der Reha nicht schlechter ein. Einrichtungen, die ein spezielles Reha-Konzept für Long COVID nutzen, berichten bessere Behandlungsergebnisse.

Insgesamt sind die Reha-Einrichtungen in Deutschland gut auf die Rehabilitation von Long COVID vorbereitet. Der Großteil der Reha-Einrichtungen, in denen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Long COVID behandelt wird, gibt an, die nötigen Voraussetzungen hierfür zu haben. Daneben zeigt die Bestandserhebung aber auch auf, in welchen Einrichtungen eher fehlende Kapazitäten für die Reha bei Long COVID bestehen.

Zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung bei Long COVID wünschen sich die Reha-Einrichtungen in den frei formulierten Teilen des Fragebogens eine Verlängerung der Behandlungsdauer bei einer Long COVID-(Zusatz-)Diagnose, mehr und eine bessere Qualifizierung des Personals bezüglich Long COVID, eine bessere personelle Ausstattung, um insbesondere auch die begleitenden psychischen und kognitiven Langzeitfolgen von COVID-19 angemessen behandeln zu können, mehr finanzielle Mittel der Leistungsträger für die Behandlung von Long COVID in den Einrichtungen, zusätzliche internistische Kompetenz/Expertise in den Reha-Einrichtungen sowie verbindliche Behandlungsstandards bzgl. Long COVID (Leitlinien, Reha-Konzepte). Die Reha-Einrichtungen würden sich zudem entlastet fühlen, wenn die ambulante Versorgung von Long COVID jenseits von Rehabilitation ausgebaut würde, kombinierte Einrichtungen vorhanden wären, die sich auf die Behandlung von Long COVID spezialisiert haben, und mehr Diagnosesicherheit bzgl. Long COVID erreicht werden könnte.

Die Ergebnisse der Long COVID-Bestandserhebung unterstreichen die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in der Behandlung der gesundheitlichen und teilhabebezogenen Langzeitfolgen von COVID-19. Zur Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung von Betroffenen sind die Schnittstellen zu vorgelagerten wie nachgelagerten Versorgungsbereichen von besonderer Relevanz in der Versorgungskette. Qualitative Vertiefungen der Ergebnisse werden die Einordnung und Bewertung der Ergebnisse unterstützen.





5 Diskussion, Chancen und Limitationen

Am 11. März 2020 erklärte die Weltgesundheitsorganisation die globale Ausbreitung des COVID-19-Virus zu einer Pandemie. Die erste Infektionswelle führte im März 2020 zu einem ersten Lockdown in Deutschland. Im Dezember 2021 befindet sich Deutschland in der vierten Corona-Welle. Mit Stand vom 15. Dezember 2021 sind bisher 6.613.730 Coronavirus-Fälle in Deutschland aufgetreten.

Bei einem Teil der Betroffenen können gesundheitliche Langzeitfolgen auftreten, die Auswirkungen auf ihre Teilhabe in Lebensbereichen haben: sog. Long COVID bzw. Post COVID. Dabei ist für die Betroffenen nicht immer leicht erkennbar, wann die akute Virusinfektion aufhört und die Langzeitfolgen anfangen. Eine Rehabilitation kann Betroffenen dabei helfen, die Folgesymptome zu überwinden und die Teilhabe der Betroffenen im Alltag und Beruf zu stärken.

Hier setzt die Bestandsaufnahme der BAR zu Long COVID in der stationären, medizinischen Rehabilitation an.

5.1 Zur allgemeinen Einordnung der Long COVID-Befragung

Explorative Studie

Die Long COVID-Befragung wurde im Zeitraum vom 13. September 2021 bis 1. Oktober 2021 von der BAR auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) durchgeführt. Ziel der Bestandsaufnahme war, die aktuelle rehabilitative Versorgungslage von Patientinnen und Patienten mit Long COVID möglichst trägerübergreifend, schnell und genau einschätzen zu können.

Die gesetzliche Grundlage für die Befragung durch die BAR basiert auf § 39 SGB IX und hier insbesondere auf § 39 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX „Beobachtung und Bewertung der Forschung zur Rehabilitation sowie Durchführung trägerübergreifender Forschungsvorhaben inklusive Evaluationen im Bereich Rehabilitation und Teilhabe“ sowie § 39 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX „Beobachtung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und die regelmäßige Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Zusammenarbeit“.

5.2 Zur Begründung der Datenerhebung

Die explorative Befragungsstudie versteht sich als wissensgenerierende Versorgungsforschung vor dem Hintergrund einer bisher sonst dünnen Datengrundlage zu Long COVID in der medizinischen Rehabilitation. Weitgehend als gesichert geltende grundlegende Aussagen zur trägerübergreifenden

5.3 Zur Sicherstellung der methodischen Qualität

Versorgungslage von Long COVID-Patienten in der medizinischen Rehabilitation sind bisher wenig vorhanden. Trägerspezifisch werden Daten gesammelt, jedoch nicht trägerübergreifend nach einheitlichen Vorgaben zusammengeführt. Die BAR als gemeinsame Plattform der Reha-Träger ist bei Reha-Trägern und Reha-Leistungserbringern gleichermaßen gut vernetzt und daher eine geeignete Stelle, um nähere Informationen zur rehabilitativen Versorgungslage von Patientinnen und Patienten mit Long COVID zu erheben und einzuschätzen, ob Rehabilitationsdienste und -Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit Long COVID in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen.

5.3 Zur Sicherstellung der methodischen Qualität

Es wurde eine hohe Verfahrenstransparenz bezüglich der Definition der Forschungsfrage, der Methodik, der Datenanalyse und der Veröffentlichung realisiert. Bei der Online-Befragung wurden die Standesregeln der Deutschen Gesellschaft für Online-Forschung e.V. (DGOF) beachtet.

Es ergaben sich keine Hinweise auf systematische Benachteiligung von Reha-Einrichtungen. Alle Reha-Einrichtungen im Reha-Einrichtungsverzeichnis (REV) der BAR hatten die gleiche Chance, an der Befragung teilzunehmen. Dabei wurde ein trägerübergreifender Zugang gewählt: Reha-Einrichtungen aller Reha-Träger konnten an der Befragung teilnehmen. Die Befragung war nicht auf die Reha-Einrichtungen beschränkt, die von einzelnen Reha-Trägern belegt werden.

Alle Reha-Einrichtungen im Reha-Einrichtungsverzeichnis (REV) hatten die gleiche Chance, an der Befragung teilzunehmen

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die zustande gekommene Stichprobe ist somit keine Zufallsstichprobe, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass Einrichtungen mit bestimmten Eigenschaften eher an der Erhebung teilnahmen als andere, z. B. jene, die Long COVID-Behandlungen anbieten (Positiv-Selektion).

Im bereinigten Datensatz liegen im Ergebnis 338 Fälle zur Auswertung vor. In der Stichprobe geben 173 Einrichtungen (51 %) an, Rehabilitationsmaßnahmen für Patienten mit einer Long COVID-(Zusatz-)Diagnose anzubieten. 165 Einrichtungen (49 %) verneinen Rehabilitationsmaßnahmen bei Long COVID. Eine mangelnde Vertretung von Einrichtungen, die keine Long COVID-Behandlungen in der Rehabilitation durchführen und sich dadurch von der Befragung nicht angesprochen fühlen, weil sie meinen, keinen Erkenntnisbeitrag zur Versorgungslage liefern zu können, kann daher nicht bestätigt werden.

Im Bereich der Rehabilitation fehlen bisher verbindliche fachliche Standards zur Frage der Repräsentativität von Rehabilitationseinrichtungen. Auch wenn keine Aussagen zur Repräsentativität getroffen werden können, wird für eine Einordnung der Stichprobe ein Vergleich mit der Gesamtheit der Reha-Einrichtungen im Reha-Einrichtungsverzeichnis der BAR (REV) vorgenommen. Ferner wird die Stichprobe einer externen Datengrundlage gegenübergestellt, um Aussagen zu etwaiger Schiefe der Verteilung vorzunehmen. In beiden Fällen zeigen sich hohe strukturelle Übereinstimmungen mit der Einrichtungsstruktur der „Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ (Destatis, 2021) sowie der Gesamtheit der Einrichtungen im REV (N = 1.080).

Die Ausschöpfungsquote liegt bei 31 % aller im REV aufgeführten stationären medizinischen Einrichtungen. Auf diese Einrichtungen entfallen insgesamt rund 55.000 Betten, was einem Drittel aller Reha-Betten im REV entspricht. Zum Vergleich: Der Rücklauf bei der Long COVID-Befragung der IKK

5.4 Zur Sicherstellung der inhaltlichen Qualität

Südwest lag bei 21 % ihrer Versicherten (IKK Südwest, 2021). Die Long COVID-Befragung der Gesundheitsbehörde Public Health London bei Kindern und Jugendlichen gibt eine Rücklaufquote von 13,4 % an (Stephanson, T. et al., 2021). Die internationale Kohortenstudie zur Charakterisierung von Long COVID-Betroffenen von Davis et al. (2021), die auch eine Befragung einschließt, weist eine Response-Quote von 52 % auf.

Aufgrund der Methodik kann keine Hochrechnung der Anzahl von Long COVID-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden erfolgen.

5.4 Zur Sicherstellung der inhaltlichen Qualität

Rehabilitationsbezug: Der Versorgungsbereich der Frührehabilitation als Teil der Akutversorgung war aus der Befragung ausgeschlossen. Die Studie kann keine Unterscheidung dahingehend vornehmen, ob es sich bei den Long COVID-Reha-Fällen um Anschlussrehabilitationen (AHB) als Direktverlegung aus dem Akutkrankenhaus, AHB nach vorübergehender häuslicher Entlassung (Reha-Beginn: maximal innerhalb von 14 Tagen) oder Reha-Fälle im Antragsverfahren nach Wochen oder Monaten der akuten COVID-19-Phase handelt. Es kann sich damit sowohl um Spät-Genesene wie auch um Krank-Genesene handeln. Die Antragsart sowie die Zeit zwischen Abschluss der Akutbehandlung und Beginn der Rehabilitation wegen Long COVID waren nicht Gegenstand der Befragung.

Definitive Fragen: Die Befragung bezog sich auf Long COVID im Sinne gesundheitlicher Langzeitfolgen von COVID-19. Darunter fallen, entsprechend der Definition des RKI (Informationen des RKI, Stand 23.07.2021) und des NICE (2020), Anzeichen und Symptome, die sich während oder nach einer COVID-19-Erkrankung entwickeln, längere Zeit anhalten und nicht durch eine anhaltende Infektion (PCR nachgewiesen) oder alternative Diagnose erklärt sind. Zu beachten war auch die im Januar 2021 eingeführte relevante ICD-10-GM-Verschlüsselung: U09.9! Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet als Sekundärkode. Die Definition der WHO von Long COVID und Post COVID wurde erst am 6. Oktober 2021 veröffentlicht, d. h., nachdem die Befragung beendet war (WHO, 2021). In Anlehnung an die vorgenannten Definitionen wurde Long COVID hier als Containerbegriff ohne Abgrenzung zwischen Long COVID, Post COVID oder postviralem Fatigue aufgefasst. Es war nicht Aufgabe dieser Erhebung, die existierende Diagnoseheterogenität aufzulösen.

Auch wenn die befragten Reha-Einrichtungen auf die Verwendung des Begriffs „Long COVID“ als Langzeitfolgen einer COVID-19-Infektion hingewiesen wurden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass insbesondere im Bereich der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation auch indirekte Folgen der Pandemie in die Beantwortung mit eingeflossen sind.

5.5 Zur Einordnung der vorgefundenen Fallzahlen

Long COVID ist in der medizinischen Rehabilitation „angekommen“. In der vorliegenden Bestandsaufnahme werden seit Beginn der Pandemie bis zur Erhebung im September/Oktober 2021 rund 12.000 Rehabilitationen von Menschen mit einer Long COVID-(Zusatz-)Diagnose konstatiert. Zum Vergleich: Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund wurden 2020 rund 1.350 Rehabilitationen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung über die Rentenversicherung durchgeführt und abgeschlossen (DRV Oldenburg-Bremen, 2021). Die DRV berichtet für alle Rentenversicherungsträger, dass im

Es kann sich bei den Long COVID-Rehabilitanden sowohl um Spät-Genesene wie auch um Krank-Genesene handeln

5.5 Zur Einordnung der vorgefundenen Fallzahlen

ersten Halbjahr 2021 ca. 4.000 Rehabilitationen durchgeführt wurden, bei denen einer der Codes in Zusammenhang mit COVID-19 in den Entlassungsberichten aufgeführt wird (DRV Bund, 2021).

Long COVID-Fälle sind nicht meldepflichtig; in Deutschland erfolgt derzeit weder eine bundesweite Erfassung noch eine Dokumentation. Reha-Träger können im Rahmen ihrer Zuständigkeit eine Auswertung der Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen vornehmen, seitdem eine ICD-Kodierung für die gesundheitlichen Langzeitfolgen von COVID-19 zur Verfügung steht (ab 1-2021).

Nicht alle Long COVID-Fälle sind rehabilitationsbedürftig, rehabilitationsfähig und/oder haben eine positive Rehabilitationsprognose als Voraussetzung für die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation. Für die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation ist eine vorausgegangene COVID-19-Infektion nicht ausreichend, sondern an das Vorliegen von Funktions- und Teilhabestörungen geknüpft (z. B. Alltagseinschränkungen, eine gefährdete Erwerbsfähigkeit). Auch müssen die ambulanten Therapiemöglichkeiten umfänglich ausgeschöpft sein, um eine Rehabilitationsleistung zu erhalten. Das heißt, ambulante Maßnahmen wurden bereits durchgeführt und haben im Vorfeld der stationären medizinischen Rehabilitation zu keiner Besserung geführt, waren also nicht ausreichend und zielführend. Einer Versichertenumfrage der IKK Südwest (2021) zufolge waren jedoch 66 % der Patienten mit einer Long COVID-Symptomatik mit ihren Spätsymptomen einer COVID-19-Erkrankung nicht beim Arzt. Vielen Betroffenen ist wegen der uneinheitlichen Symptome nicht bewusst, dass sie unter Long COVID leiden.

Auf der Grundlage der bisherigen Daten zu Long COVID, die national und international verfügbar sind, ist eine prospektive Fallzahlschätzung aktuell nicht möglich. Die Fragen – wann Symptome einer Long COVID-Problematik auftreten, zu welchem Zeitpunkt Long COVID/Post COVID diagnostiziert wird, ob und wann sich die Betroffenen zunächst in die ambulante Behandlung bei Niedergelassenen begeben und ob, wann und in welchem Umfang sie ggf. später eine rehabilitative Behandlung in Anspruch nehmen – sind bisher weitgehend ungeklärt.

Nicht alle Long COVID-Fälle sind rehabilitationsbedürftig, rehabilitationsfähig und/oder haben eine positive Rehabilitationsprognose als Voraussetzung für die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation

Fazit und Perspektiven

Long COVID ist eine vergleichsweise „junge“ Krankheit. Es fehlt nach wie vor langjährige Evidenz bezüglich der gesundheitlichen Langzeitfolgen von COVID-19. Rehabilitationseinrichtungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der gesundheitlichen Langzeitfolgen von COVID-19. Es wird die Aufgabe künftiger Studien und weiterer Forschung sein, die Datenlage zu Long COVID in der Rehabilitation zu präzisieren, zu aktualisieren und zu erweitern.

Die BAR wird die quantitative Erhebung zu Long COVID in der medizinischen Rehabilitation qualitativ vertiefen.

Zitierte Literatur

DAVISA, H. E. ET AL. (2021): Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. Online: EclinicalMedicine:
<https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>.

Destatis (2021): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2019. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/_inhalt.html, zuletzt geprüft am 20.12.2021.

DRV Bund (2021): 17. Aktuelles Presseseminar der Deutschen Rentenversicherung Bund am 3. und 4. November 2021 in Berlin; Brigitte Gross, Direktorin der DRV Bund: Viele Angebote in einer Leistung: Post-COVID-Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung.

DRV Oldenburg-Bremen (2021): Interview mit Thomas Rathmann von der DRV Oldenburg-Bremen: So werden die Folgen einer Covid-19-Erkrankung in Bremen behandelt. Interviewer: Verena Patel, Interviewzeitpunkt: 12. Juli 2021. Radio Bremen: Butenundbinnen.

IKK SÜDWEST (2021): Long COVID-Befragung: 7. Oktober 2021.
Online: <https://www.ikk-suedwest.de/2021/10/long-covid-befragung/>.

KRISCHAK, G. ET AL. (2019): Gesundheitsökonomische Effekte der Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz – Eine Beobachtungsstudie mittels kombinierten Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenkasse und der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 58 (06): 392–397.

LOPEZ-LEON, S. ET AL. (2021): More than 50 Long-term effects of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. medRxiv - the preprint server for health sciences. Online verfügbar unter: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.27.21250617v2>.

MORFELD, M. (2009): Die Operationalisierung von „Rückkehr an den Arbeitsplatz“ als unterschätzte Herausforderung an die Abbildung der Ergebnisqualität. In: DRV Bund, (Hrsg.). Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund; 2009: 100–113.

NICE (2020): COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. Hg. v. NICE. Online verfügbar unter www.nice.org.uk/guidance/ng188, zuletzt geprüft am 12.10.2021.

NÜBLING, R. ET AL. (2016): Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Varianten der Berechnung auf der Basis von Patientenangaben und Validierung durch Sozialversicherungs-Beitragszahlungen. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 26: 293–302.

RKI, Robert-Koch-Institut (2021): Coronavirus SARS-CoV-2 - Gesundheitliche Langzeitfolgen (Stand 23.07.2021). Online verfügbar unter: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html, zuletzt geprüft am 20.12.2021.

STEPHENSON, T. ET AL. (2021): Long COVID - the physical and mental health of children and non-hospitalised young people 3 months after SARS-CoV-2 infection; a national matched cohort study (The CLoCk) Study. Ergebnisse der „CLoCk“-Studie („Children and young people with Long COVID“). Online: DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-798316/v1>

WHO, World Health Organization (06.12.2021): A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. Online verfügbar unter: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1, zuletzt geprüft am 20.12.2021.

Weiterführende Literatur

AL-JAHDHAMI, I., AL-NAAMANI, K., & AL-MAWALI, A. (2021): The post-acute COVID-19 syndrome (long COVID). *Oman Medical Journal*, 36 (1): e220.

AWMF online (2021): S1-Leitlinie Post-COVID/Long COVID (AWMF-Register Nr. 020/027). Online verfügbar unter:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-027L_S1_Post_COVID_Long_COVID_2021-07.pdf.

AWMF online (2020): S2k-LL SARS-CoV-2, COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation. Online verfügbar unter:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/080-008.html>

BARKER-DAVIES, Robert M. ET AL. (2020): The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *British journal of sports medicine*, 54 (16): 949–959.

BERGER, H. (2021): Post-COVID/Long COVID – eine Herausforderung für die Rehabilitation. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 56: 689–693.

BIASE, S. ET AL. (2020): The COVID-19 rehabilitation pandemic. *Age and Ageing*, 49 (5): 696–700.

Böckler Impuls (2020): Rückschritt durch Corona. *Böckler Impuls*, 08/2020: 4–5.

Bundesdrucksache (2021): Wissensstand, Versorgungsangebote und Forschungsbemühungen zu Long COVID. Drucksache 19/28419 vom 13.04.2021.

Bundesdrucksache (2021): Psychische Langzeitfolgen von Corona-Infektionen. Drucksache 19/27768 vom 23.03.2021.

Bundesdrucksache (2021): Situation der Rehakliniken. Drucksache 19/22874 vom 28.09.2020.

Deutsche Herzstiftung (2021): Covid-19-Auswirkungen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In: Deutsche Herzstiftung (Hg.): *Deutscher Herzbericht 2020*: 9–21.

DVFR (2021): Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“.

Abschlussbericht: Sicherung der Teilhabe während und nach der Pandemie: Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen. Online verfügbar unter:

<https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/projektberichte/>, zuletzt geprüft am 15.10.2021.

FREISLEBEN, C. F. (2021): Long COVID braucht Rehabilitation. *Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ*, 62 (3): 39–40.

FUNKE-CHAMBOUR, M., Feldmeyer, L. ET AL. (2021): Das Long-COVID-Syndrom – ein neues Krankheitsbild nach COVID-19-Infekt. *Praxis*, 110 (7): 377–382.

FROMMHOLD, J. (2021): Spezifische pneumologische Post-Corona-Rehabilitation. *Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern*, 31: 5–10.

GROFF, D. ET AL. (2021): Short-term and long-term rates of postacute sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A systematic review. *JAMA Network Open*. 2021;4 (10): e2128568. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.28568. Downloaded From: jamanetwork.com on 11/17/2021.

GÜNSTER, Ch. ET AL. (2021): 6-month mortality and readmissions of hospitalized COVID-19 patients: A nationwide cohort study of 8,679 patients in Germany. *PloS one*, 16 (8): e0255427.

JEBRINI, T. ET AL. (2021): Was wir über „Long Covid“ wissen. *MMW Fortscher Med*, 163 (9): 48–51.

KOCZULLA, A. ET AL. (2021): Pulmonale Rehabilitation: Long Covid. *Bayrisches Ärzteblatt*, 5/2021: 208–209.

LEMHÖFER, C. ET AL. (2021): Assessment of rehabilitation needs in patients after COVID-19: Development of the COVID-19-rehabilitation needs survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 53 (4): jrm00183.

LENZEN-SCHULTE, M. (2020): Long Covid. Der lange Schatten von Covid-19. *Deutsches Ärzteblatt*, 49: A2416–A2420.

NALBANDIAN, A. ET AL. (2021): Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature medicine*, 27 (4): 601–615.

OSTERLOH, F. (2021): Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Behandlungsstau durch Corona. *Deutsches Ärzteblatt*, (15): A768–A771.

RASULO, F. A., PIVA, S., & LATRONICO, N. (2021): Long-term complications of COVID-19 in ICU survivors: What do we know?. Online: *Minerva anesthesiologica*. DOI: 10.23736/S0375-9393.21.16032-8.

ROGALLA, A. (2021): Long Covid. Die Krankheit nach der eigentlichen Krankheit. Wenn die Krankheit kein Ende kennt. *proFit*, (02-21): 6–10.

SCHLITT, A., SCHULTZ, K. & PLATZ, T. (2021): AWMF-Leitlinie: Rehabilitation nach einer COVID-19-Erkrankung. *Deutsches Ärzteblatt*, 118 (15): A774–A778.

SHEPHERD, Ch. (2021): Post-Covid 19 Fatigue, Post/Long Covid 19 Syndromes and Post-Covid ME/CFS. ME Association. Online verfügbar unter, <https://meassociation.org.uk/wp-content/uploads/MEA-Covid-19-MECFS-Post-Covid-Fatigue-Syndromes-and-Management-November-2020.pdf>, zuletzt geprüft am 12.10.2021.

SPITZER, M. (2021): Zur Psychiatrie von Corona. Klinischer Alltag, Psychopathologie, Long COVID, Impfen, Demonstrationen und gedrückte Stimmung. *Nervenheilkunde*, (40): 62–68.

SUDRE, C. H. ET AL. (2021): Attributes and predictors of long COVID. *Nature medicine*, 27 (4): 626–631.

SYKES, D. L. ET AL. (2021): Post-COVID-19 symptom burden: What is Long COVID and how should we manage it?. *Lung*, 199 (2): 113-119.

VINOD, N. (2021): Living with ‚Long COVID-19‘: The Long-term Complications and Sequelae. *Int J Virol*, (5): 11–17.

WIdO (2021): Hohe Sterblichkeit bei schwer erkrankten Covid-Patienten auch nach dem Krankenhausaufenthalt. Langzeitstudie des WIdO. Online verfügbar unter: www.wido.de/news-events/aktuelles/2021/sterblichkeit-covid-patienten-nach-klinikaufenthalt/, zuletzt geprüft am 12.10.2021.

WISE, J. (2021): Long covid: WHO calls on countries to offer patients more rehabilitation. Online verfügbar unter: www.bmj.com/content/372/bmj.n405, zuletzt geprüft am 15.10.2021.

WOLF, S. (2021): Epidemiologie von Long Covid. Ein vorläufiger Bericht. Deutsche Kurzfassung zum gleichnamigen KCE-Bericht. Austrian Institute for Health Technology Assessment (HTA Austria, Hrsg.) AIHTA-Projektbericht: 135a.

Publikationsreihen der BAR

Reha Grundlagen

Praxisorientiertes und konzeptionelles Wissen bietet Orientierung zu Leistungen und dem System der Rehabilitation.

REHA
Grundlagen

Reha Vereinbarungen

Trägerübergreifende Vorgaben und gemeinsame Empfehlungen konkretisieren die Zusammenarbeit in der Rehabilitation sowie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

REHA
Vereinbarungen

Reha Entwicklungen

Positionen, Stellungnahmen und Projekte geben Impulse zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe.

REHA
Entwicklungen

BAR Report

Die BAR berichtet über Themen und Aktivitäten. Darunter zum Beispiel Tagungsbericht, Geschäftsbericht und Schwerpunktplanung.

BAR
Report

Periodika

Regelmäßig erscheinende Publikationen, zum Beispiel der Seminarkatalog.

FORTBILDUNG
Angebot 2022

Teilhabeverfahrensbericht

Publikationen zum Thema THVB.

THVB



Downloads und weitere Informationen unter
www.bar-frankfurt.de/publikationen/

