

Handlungsempfehlung Fallsteuerung COVID-19-Krankheitsfolgen

Version Herbst 2022

Impressum

Diese Handlungsempfehlung ist in Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern aller Bezirksverwaltungen und der Hauptverwaltung der BGW entstanden. Wissenschaftliche Unterstützung erfolgte durch Prof. Dr. med. Martin Tegenthoff und Dr. med. Sven Jung (BG Univ.-Klinikum Bergmannsheil Bochum) sowie Julia Haller (UKE Hamburg).

Die Anpassung BGW-interner Lösungen und Formulierung mit Implementierung trägerübergreifender Inhalte erfolgte in der Hauptabteilung Versicherung und Leistung der DGUV sowie in Abstimmung mit den Mitgliedern des Arbeitskreises Anwendung des Berufskrankheitenrechts des Ausschusses Berufskrankheiten der Geschäftsführerkonferenz.

Herausgegeben von: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)
Glinkastr. 40
10117 Berlin

Redaktion: Fred-D. Zagrodnik

Ausgabe: — Dezember 2022 —

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	5
1 Einleitung	6
2 Heilverfahrenssteuerung	7
2.1 Ablauf der Heilverfahrenssteuerung.....	7
2.2 Einstieg in die Heilverfahrenssteuerung.....	9
2.3 Verwaltungsverfahren.....	9
3 Fallidentifikation	11
3.1 „Ampelsystem“.....	11
3.2 Checkliste.....	13
4 Diagnostik	14
4.1 Haus-/Facharzt/-ärztin.....	15
4.2 Post-COVID-Beratung.....	15
4.3 Ambulante Sprechstunde.....	15
4.3.1 Post-COVID-Sprechstunde.....	15
4.3.2 Weitere ambulante Sprechstunden.....	16
4.4 Post-COVID-Check.....	16
4.5 Weiteres Vorgehen.....	16
5 Rehabilitation und Teilhabe	17
5.1 Symptomorientierte Therapie.....	17
5.2 Einbindung des Reha-Managements.....	19
5.3 Medizinische Rehabilitation.....	19
5.3.1 ROTE Fälle.....	19
5.3.2 GELBE Fälle.....	20
5.3.3 Ambulante Maßnahmen.....	20
5.3.4. Stationäre Rehabilitation.....	21
5.3.5 BG Kliniken.....	21
5.3.6 Weitere Fachkliniken.....	21
5.4 Medizinisch-berufliche Rehabilitation.....	22
5.4.1 Begleitete Arbeitsaufnahme.....	22
5.4.2 Belastungserprobung / Stufenweise Wiedereingliederung.....	23
5.5 Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern.....	23
6 Begutachtung	25
6.1 Erforderlichkeit der Begutachtung.....	25
6.2 Zeitpunkt der Begutachtung.....	26
6.3 Auswahl der Fachgebiete der Begutachtung.....	26
6.4 Begutachtungsgrundlagen einschließlich Ermittlungsergebnisse zu konkurrierenden Ursachenfaktoren.....	26
6.5 Gutachterausswahl – geeignete Sachverständige.....	27
6.7 Abfolge der Begutachtung und fachüber- greifendes Begutachtungs-Konsil.....	28
6.8 Long-/Post COVID – Folgeschaden und Beweismaßstab.....	28
6.9 Kausalitätsbeurteilung und Beweismaßstab.....	29
6.9.1 MdE-Bewertung des Folgeschadens und Gesamt-MdE.....	31
6.9.2 Nachbegutachtung.....	32
6.10 Qualitätssicherung von Zusammenhanga- gutachten COVID-19.....	32
Anhang	33

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1	Long-/Post-COVID.....	6
Abb. 2	Heilverfahrenssteuerung COVID-19, Schema.....	8
Abb. 3:	Modularer Aufbau einer medizinisch-beruflichen Maßnahme (Beispiel).....	22
Abb 4	Long-/Post-COVID und haftungsausfüllende Kausalität (vereinfachte Darstellung)	25
Abb. 5:	Häufigkeit von Symptomen eines Post-COVID-Syndrom nach 6-12 Monaten (nach Lopez-Leon et al., 2021)	27
Tabelle 1:	Ampelsystem	11
Tabelle 2:	Maßnahmen nach Rückmeldung der versicherten Person	13
Tabelle 3:	Einleitung der Diagnostik.....	14
Tabelle 4	Übersicht Leitsymptome und Fachdisziplinenn.....	14
Tabelle 5:	Übersicht Symptomorientierte Therapie.....	18
Tabelle 6:	Übersicht über die Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie nach AWMF-Leitlinie.....	36

Abkürzungsverzeichnis

AGG	Bereich Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften
ALG	Arbeitslosengeld
AU	Arbeitsunfall
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BEM	Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement
BG	Berufsgenossenschaft
BGSW	Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BK	Berufskrankheit
BV	Bezirksverwaltung
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie
EM	Erwerbsminderung
HV	Heilverfahren
KSR	Komplexe Stationäre Rehabilitation
LRT	Leistender Reha-Träger
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
PCB	Post-COVID-Beratung
PCC	Post-COVID-Check
PCS	Post-COVID-Sprechstunde
RM	Reha-Management
RT	Reha-Träger
SB	Sachbearbeitung
TOR	Tätigkeitsorientierte Rehabilitation
UVT	Unfallversicherungsträger
VG	Verletztengeld
z.d.A.	zu den Akten

Vorwort



Seit Beginn der Pandemie sind den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern mehr als 350.000 Anzeigen über den Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung als meldepflichtige Berufskrankheit Nr. 3101 zugegangen. Davon entfielen über 3/4 auf Versicherte

der BGW. Am stärksten betroffen war unter den bei der BGW versicherten Branchen die Pflege, gefolgt von den Kliniken. An dritter Stelle steht inzwischen die Kinderbetreuung, noch vor der Branche Beratung und Betreuung. Die Entwicklung der Meldezahlen hat sich in der ersten Jahreshälfte 2022 weiter beschleunigt. Zum Ende des zweiten Quartals 2022 hatten allein die BGW bereits fast 132.000 Verdachtsanzeigen erreicht, mehr als im gesamten Vorjahr. Auch wenn nicht alle angezeigten Erkrankungen schwere oder langanhaltende Verläufe nach sich ziehen, ist die gesetzliche Unfallversicherung in besonderer Weise gefordert, mit allen geeigneten Mitteln für eine optimale Versorgung betroffener Versicherter zu sorgen und alle Möglichkeiten zur nachhaltigen Überwindung der Krankheitsfolgen im Einzelfall zu ergreifen.

Im Anschluss an ein erstes Expertengespräch Anfang Februar 2021, an dem Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen ebenso wie Expertinnen und Experten aus der BGW sowie Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung teilgenommen hatten, ist die Arbeit an einer Handlungsempfehlung für die Sachbearbeitung und das Reha-Management in der Unfallversicherungsträger aufgenommen worden. Mit dieser Handlungsempfehlung sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, die sich um die Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung COVID-19-Erkrankter kümmern, bei der Wahrnehmung ihrer anspruchsvollen Arbeit unterstützt und eine bestmögliche Heilverfahrenssteuerung ermöglicht werden.

Die jetzt vorliegende Fassung der Handlungsempfehlung ist in Zusammenarbeit von Vertreterinnen und Vertretern aller Bezirksverwaltungen und der Hauptverwaltung der BGW unter Berücksichtigung derzeitiger wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie aktueller Erfahrungen klinischer Expertinnen und Experten entstanden. Eingeflossen sind die Ergebnisse aus mehreren interdisziplinären Fachgesprächen, an denen unter anderem Beteiligte aus der Medizin sowie von der DGUV, von verschiedenen Unfallversicherungsträgern und von der Deutschen Rentenversicherung Bund teilgenommen haben. In der aktuellen Version wurden unter anderem die Prozesse und angehängten Formulierungsvorschläge auf der Basis der mittlerweile gesammelten Erfahrungen bei der Betreuung erkrankter Personen aktualisiert und das Kapitel „Rehabilitation und Teilhabe“ überarbeitet. Neu hinzugekommen ist das Kapitel „Begutachtung“.

Die Handlungsempfehlung richtet sich in erster Linie an die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter sowie die Reha-Managerinnen und Reha-Manager der Unfallversicherung. Allen, die an der Fortschreibung und Weiterentwicklung dieser Handlungsempfehlung mitgewirkt haben, sei sehr herzlich gedankt. Sie haben damit einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Herausforderungen, die die Pandemie für die gesetzliche Unfallversicherung bedeutet, geleistet.

*Vorsitzender des Ausschusses Berufskrankheiten
der Geschäftsführerkonferenz der DGUV*

1 Einleitung

Die Unfallversicherungsträger haben die gesetzliche Aufgabe, die Steuerung des Heilverfahrens der Versicherten zu übernehmen. Aufgrund der Tatsache, dass das SARS-CoV-2-Virus und die davon ausgelöste Erkrankung COVID-19 noch immer neuartig sind, gibt es bislang nur wenig wissenschaftliche Evidenz.

Die bisherigen Erfahrungen und ersten wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen, dass bei Versicherten mit schwerem Verlauf, aber auch bei Personen, die zunächst einen milden bis mittelschweren Erkrankungsverlauf hatten, zum Teil auch nach über vier Monaten gesundheitliche Langzeitfolgen sehr unterschiedlicher Art und Ausprägung vorhanden sein können.

Laut Robert-Koch-Institut¹ (RKI) können bei COVID-19 noch Wochen bzw. Monate nach der akuten Erkrankung Symptome vorhanden sein bzw. neu auftreten. Es existiert aufgrund der Neuartigkeit des Krankheitsbildes und den sehr unterschiedlichen klinischen Präsentationen allerdings bis jetzt keine einheitliche Definition für Langzeitfolgen.

Das RKI empfiehlt, Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung nicht als einheitliches Phänomen zu betrachten, sondern verschiedene Krankheitsbilder zu beschreiben, die sowohl zeitversetzt als auch parallel in verschiedenen Ausprägungen auftreten können. COVID-19 ist eine Multiorgan-Krankheit mit einem breiten Spektrum von Manifestationen². Beschwerden, die jenseits einer Zeitspanne von vier Wochen ab Infektion anhalten, werden als Long-COVID oder post-akute Folgen von COVID-19 bezeichnet, ab einer Persistenz von mehr als zwölf Wochen als Post-COVID-Syndrom³ (vgl. Abbildung 1). Die genauen Ursachen für ein Post-COVID-Syndrom sind bislang nicht bekannt. Ebenso fehlen weiterhin pathophysiologische Erklärungen und Evidenzen aus klinischen Studien. Grundsätzlich kann Long-/Post-COVID sowohl nach leichten als auch nach schweren Krankheitsverläufen auftreten. Es kann jedoch auch im Verlauf zu einer Spontanheilung oder zu einer deutlichen Abschwächung der Symptome kommen⁴. Schwere Erkrankungsverläufe entsprechend der nachfolgenden gelben und roten Fälle deuten auf einen Rehabilitationsbedarf im Sinne des BTHG hin.

¹ Robert-Koch-Institut: Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19, www.rki.de

² Koczulla, A.R., et al. (2021): S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), AWMF-Register Nr. 020/027, Stand 12.07.2021, S. 5

³ Ebd.

⁴ Ebd., S. 7

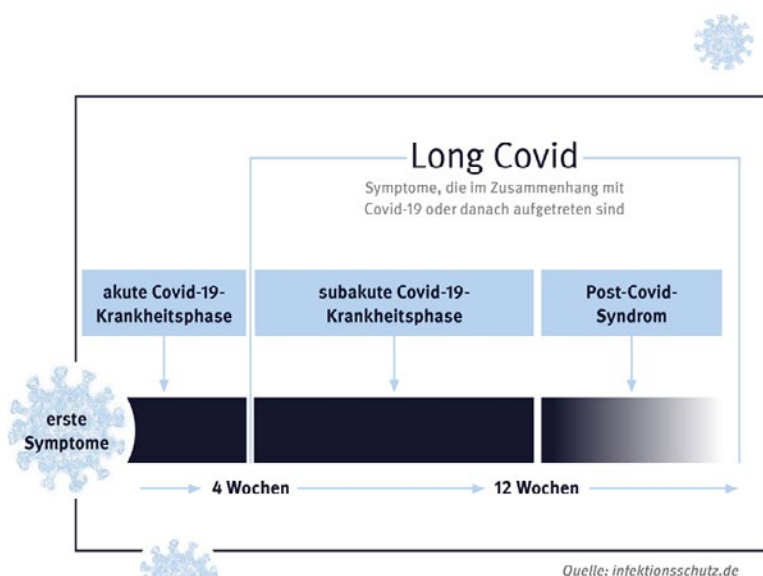


Abb. 1
Long-/Post-COVID⁵

⁵ <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/unfall-berufskrankheit/berufskrankheiten/covid-19-63456>

2 Heilverfahrenssteuerung

2.1 Ablauf der Heilverfahrenssteuerung

Die Heilverfahrenssteuerung von Berufskrankheiten der BK-Nr. 3101 oder Arbeitsunfällen nach COVID-19-Erkrankung erfolgt grundsätzlich im Sachbearbeitungsbereich Berufskrankheiten bzw. Unfall. Bei Bedarf wird das Reha-Management oder die BK-Berater und -Beraterinnen eingebunden.

Die folgende Grafik stellt den Ablauf der Heilverfahrenssteuerung schematisch dar. Diese Grafik dient der Orientierung der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter und gibt einen Überblick über den Gesamtprozess. In einzelnen Schritten wird auf die entsprechenden Kapitel dieser

Handlungsempfehlung verwiesen, in denen die jeweiligen Handlungsschritte und -optionen erläutert werden. Bei der Abbildung 2 handelt es sich um ein Schema zur Übersicht und Orientierung. In der individuellen Fallsteuerung kann sich – auf den Einzelfall bezogen – die Notwendigkeit von Abweichungen ergeben.

Die in der Grafik dargestellte Prozessbeschreibung bildet beispielhaft das Vorgehen innerhalb der BGW ab. Von dieser Darstellung weichen ggf. die Strukturen und Prozesse bei anderen Unfallversicherungsträgern ab. Die in der Darstellung aufgeführten Formtexte sind interne Formtexte der BGW und sind dieser Handlungsempfehlung zur Orientierung als Formulierungsvorschläge für ggf. anzupassende trägerinterne Formulierungen der übrigen Unfallversicherungsträger beigefügt.

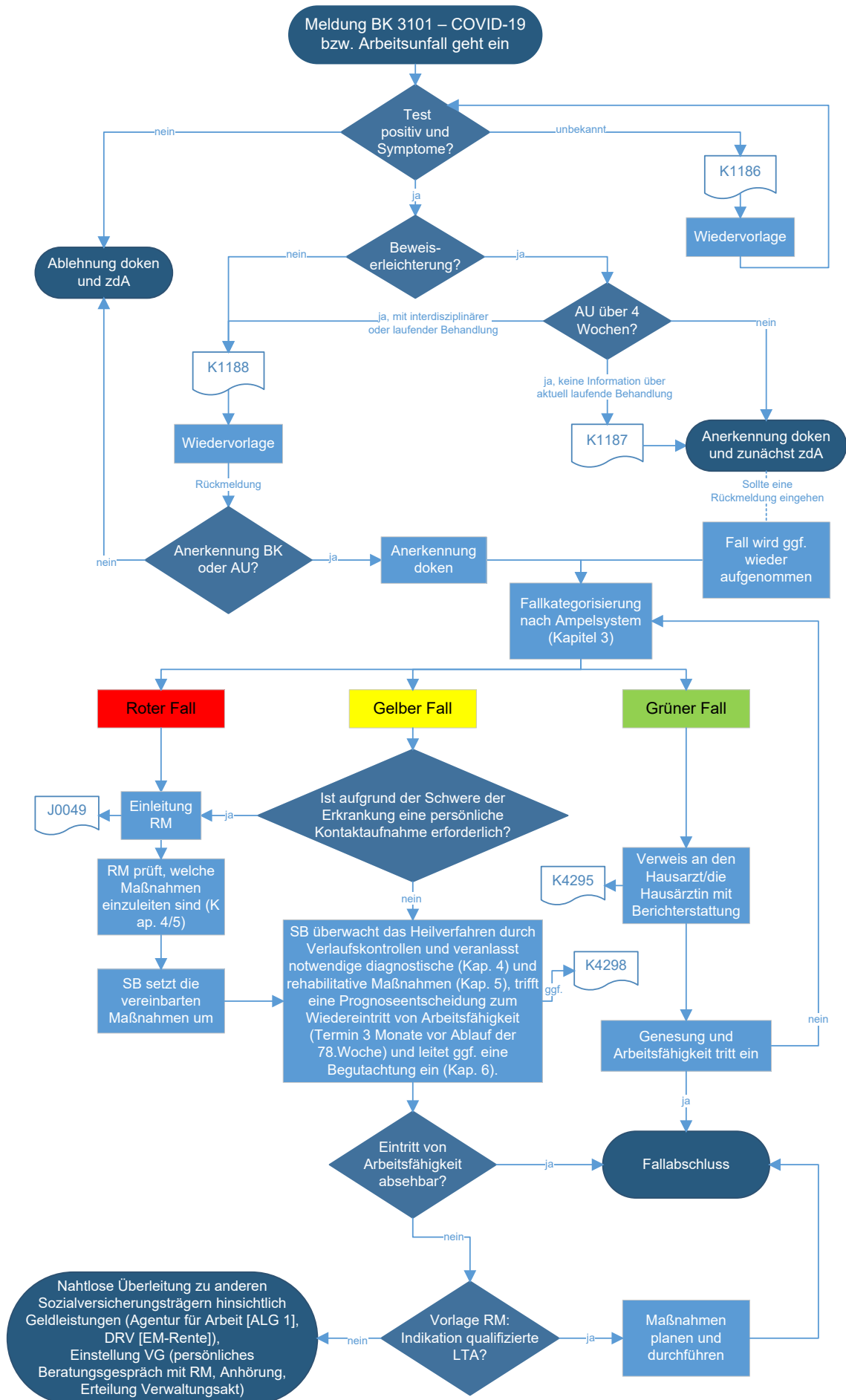


Abb. 2 Heilverfahrenssteuerung COVID-19, Schema

2.2 Einstieg in die Heilverfahrenssteuerung

In Fällen mit initial schwerer Erkrankung oder Fällen mit einer längeren COVID-19-Symptomatik ist das Heilverfahren aktiv zu steuern, noch bevor eine formelle Anerkennung des Versicherungsfalles erfolgt. Zudem sind die nach dem BTHG bzw. SGB IX relevanten Aspekte der Bedarfsprüfung, der Zuständigkeitsprüfung und Leistungserbringung zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Versicherungsfalles ist die *Handlungsempfehlung*⁶ zu SARS-CoV-2- („Coronavirus“) und COVID-19-für Beschäftigte in den nach der Nr. 3101 privilegierten Bereichen (<https://dokcenter.dguv.de/livelink/livelink.exe?func=l&objId=26316019&objAction=Open&viewType=31455&nexturl=%2Flivelink%2Flivelink%2Eexe%3Ffunc%3Dl%26objId%3D26316013%26objAction%3Dbrowse%26sort%3Dname%26viewType%3D31454>) zugrunde zu legen. Dabei sind die üblichen Beweismaßstäbe für das Vorliegen eines Versicherungsfalles zu beachten; in passenden Fällen der BK-Nr. 3101 sind Beweiserleichterungskriterien zu prüfen und ggf. heranzuziehen. Weitergehende Informationen, auch zu verschiedenen Leistungsangeboten, sind im UV-Net unter <https://uv-net.dguv.de/versicherungsfaelle/berufskrankheiten/bk-nrn.-3101-3104-infektionskrankheiten/index.jsp> abgelegt.

In Fällen, in denen die Beweiserleichterungskriterien greifen, kann ein direkter Einstieg in die Heilverfahrenssteuerung erfolgen. Zur Vergewisserung der Sachbearbeitung kann dies ggf. intern dokumentiert werden (siehe Beispiel Formular K0080). Dieser Schritt ist jedoch nicht zwingend notwendig.

In den anderen Fällen, bei denen Zweifel an anspruchsbegründenden Tatsachen und/oder der haftungsbegründenden Kausalität bestehen und eine Entscheidung über das Vorliegen eines Versicherungsfalles aktuell nicht möglich ist, kann einzelfallbezogen auch in diesen Fällen ein schneller Einstieg in die Heilverfahrenssteuerung erfolgen. In diesem Fall sind die Anhaltspunkte, die zu diesem Zeitpunkt für die eigene Zuständigkeit sprechen, in der Akte schriftlich zu dokumentieren. Treten im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung Zweifel an der Zuständigkeit des UVT, am ursächlichen Zusammenhang der COVID-19-Erkrankung und der versicherten Tätigkeiten und/oder dem ursächlichen Zusammenhang zwischen der COVID-19-Erkrankung und späteren gesundheitlichen bzw. Funktions-

einschränkungen auf, sind diese durch die Sachbearbeitung in der Akte schriftlich zu dokumentieren und es ist vorsorglich unter Einhaltung der Ausschlussfristen nach §111 SGB X ein Erstattungsanspruch bei der zuständigen Krankenkasse bzw. dem Rentenversicherungsträger anzumelden. In diesem Zusammenhang sind ferner die Maßgaben der „Verfahrensvereinbarung zwischen der DGUV, der SVLFG (...) und der DRV (...) zur Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX und Erstattungsansprüchen bei Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe“ zu beachten.

Beim unklaren Vorliegen eines in Betracht kommenden Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit Nr. 3101) ist es sinnvoll, trägerintern zum Beispiel durch eine Zusammenfassung und Darstellung des Sachstandes deutlich zu machen, welche Fragen oder Probleme bei der Beurteilung des Falles bestehen. Risiken aus dem privaten Umfeld sollten vorab ermittelt werden, damit eine Abwägung und Beurteilung der beruflichen Risiken vorgenommen werden kann. Es gelten die trägerspezifischen Verfahrenshinweise.

Zu einem späteren Zeitpunkt kann die ggf. erforderliche förmliche Anerkennung des Versicherungsfalles nachgeholt werden.

2.3 Verwaltungsverfahren

Mit Eingang einer Meldung über eine SARS-CoV-2- Infektion oder COVID-19-Erkrankung wird jeder Fall erfasst. Die Sachbearbeitung verschafft sich zuerst einen Überblick, welche Informationen aus der Meldung hervorgehen. Zunächst wird geprüft, ob ein positives Testergebnis sowie Symptome einer COVID-19-Erkrankung vorliegen.

Ist das **Testergebnis unbekannt**, werden die Versicherten gebeten, ggf. einen PCR-Test anfertigen zu lassen und sich zu melden, wenn das Testergebnis positiv war und Beschwerden bestehen. Insoweit kann das als Anlage beigefügte BGW-Formular K1186 als Formulierungsvorschlag dienen.

Ist das PCR-Testergebnis negativ oder liegen keine Symptome einer COVID-19-Erkrankung vor, wird der Fall direkt abgeschlossen und bei einer geprüften Berufskrankheit die Ablehnung in der BK-DOK erfasst.

⁶ https://intranet.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Reha-Handbuch/Berufskrankheiten/H/Handlungsempfehlung_Coronavirus_Beschaeftigte.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Liegen sowohl ein **positives Testergebnis als auch Symptome** vor, wird geprüft, ob für die versicherte Person eine **Beweiserleichterung greift**. Ist dies der Fall, wird geklärt, ob die versicherte Person aufgrund der COVID-19-Erkrankung länger als vier Wochen arbeitsunfähig war. Bestand eine Arbeitsunfähigkeit weniger als vier Wochen, wird der Fall abgeschlossen und eine Anerkennung bei einer geprüften Berufskrankheit in der BK-DOK erfasst..

Wenn die versicherte Person **länger als vier Wochen** aufgrund der COVID-19-Erkrankung **arbeitsunfähig** war, prüft die Sachbearbeitung, ob aus den vorhandenen Informationen hervorgeht, ob sich die betroffene Person in laufender Behandlung befindet oder bereits interdisziplinäre Behandlung erhalten hat. Liegen hierzu keine Informationen vor, wird dies bei der versicherten Person erfragt (siehe Formulierungsbeispiel der BGW **K1187**). Bestehen keine Beschwerden, ist eine Reaktion der Versicherten nicht notwendig. Sollten doch noch Beschwerden vorhanden sein, werden die Versicherten gebeten, sich schriftlich zu melden und ggf. vorhandene Arztberichte beizufügen. Im Anschluss wird der Fall zunächst abgeschlossen und eine Anerkennung im Falle einer geprüften Berufskrankheit in der BK-DOK erfasst. Sollte eine Rückmel-

dung eingehen, wird der Fall wiederaufgenommen und es erfolgt eine Fallkategorisierung entsprechend Kap. 3.

Ist aus den vorhandenen Informationen erkenntlich, dass sich die betroffene Person in laufender Behandlung befindet oder bereits interdisziplinäre Behandlung erhalten hat, wird die aktuelle Situation der versicherten Person geklärt (vgl. Formulierungsbeispiel **K1188**). Aufgrund der durch die weiteren Ermittlungen eingehenden Informationen wird geprüft, ob die Anerkennung einer BK oder eines Arbeitsunfalls erfolgen kann. Ist dies der Fall, wird die Anerkennung im Falle einer Berufskrankheit in der BK-DOK erfasst und die Fallkategorisierung wird entsprechend Kapitel 3 vorgenommen. Sind die Voraussetzungen für eine BK oder einen Arbeitsunfall nicht erfüllt, wird der Fall abgeschlossen und eine Ablehnung im Falle einer geprüften Berufskrankheit in der BK-DOK erfasst.

Liegen in einem Fall **keine Kriterien für eine Beweiserleichterung** vor, wird entsprechend wie im vorherigen Absatz beschrieben verfahren.

3 Fallidentifikation

Um eine sachgerechte Fallsteuerung zu gewährleisten, werden die Fälle anhand eines „Ampelsystems“ in Kategorien eingeteilt (vgl. Kapitel 3.1). Die Sachbearbeitung steigt nun in die Fallsteuerung und die Ermittlungen ein. Es ist dabei zu beachten, dass Versicherte auf datenschutzrechtliche Aspekte wegen der Kontakt- bzw. Indexperson hingewiesen werden, sobald es zu einer weiteren Datenverarbeitung bzw. weiterem Kontakt mit der oder dem Betroffenen kommt.

Bei gelben und roten Fällen sollte zeitnah ein **Vorerkrankungsverzeichnis** angefordert werden. Dies ist nicht ausschlaggebend für die Fallkategorisierung nach dem „Ampelsystem“, sondern ist dann von Bedeutung, wenn es um die Feststellung der Erkrankungsfolgen/Abgrenzung zu unabhängigen Erkrankungen im Rahmen des weiteren Verfahrens bzw. BTHG-relevante Aspekte der Bedarfsklärung geht.

3.1 „Ampelsystem“

Tabelle 1: Ampelsystem

Ampel	Welche Fälle?	Diagnostik/Angebot
ROT	Stationär: <ul style="list-style-type: none"> • Intensivmedizinisch betreut oder beatmet oder mehrwöchiger stationärer Aufenthalt • Lungenentzündung • AU und Behandlung über 6 Wochen • Bestehende Symptome häufig organisch erklärbar 	Ambulante Sprechstunde oder Post-COVID-Check
GELB	Ambulant, ggf. kurzzeitig stationär: <ul style="list-style-type: none"> • Bestehende Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit über 6 Wochen hinaus • Mit Symptomen s. Checkliste • Bestehende relevante, oft diffuse Symptome (reduzierte Belastbarkeit, kognitive Beeinträchtigungen), häufig kein organisches Korrelat 	Ambulante Sprechstunde oder weitere fachärztliche Diagnostik je nach Fachrichtung, ggf. Post-COVID-Check
GRÜN	Fälle, in denen keine oder nur monodisziplinäre Behandlungen durch den Hausarzt notwendig sind: <ul style="list-style-type: none"> • Erkrankt, aber leichter Verlauf • AU unter 6 Wochen • Geringfügige Beschwerden (arbeitsfähig, aber nicht richtig fit) 	Zunächst an Hausarzt verweisen ggf. telefonische Beratung anbieten (auch ohne Versicherungsfall möglich!)

Kategorie ROT

Die versicherte Person ist akut schwer erkrankt und befindet sich in mehrwöchiger stationärer, möglicherweise intensivmedizinischer Behandlung (ggf. Beatmung). Eine längere Heilbehandlung und Reha-Phase sind zu erwarten. Eine breite, interdisziplinäre Diagnostik ist in den meisten Fällen lohnenswert. Besonders die Schwerverkrankten profitieren sehr gut von einer zügigen, frühzeitigen Reha-Maßnahme. Diese Fälle sollten nach der Akutbehandlung in einer Post-COVID-Sprechstunde (PCS) oder im Post-COVID-Check (PCC) vorgestellt werden und bedürfen einer zeitnahen und engmaschigen Heilverfahrenssteuerung, i.d.R. unter Beteiligung des Reha-Managements oder der BK-Beratung, ggf. einschließlich der Klärung relevanter Kontextfaktoren und der umfassenden Bedarfsklärung nach dem BTHG bzw. SGB IX. In den beteiligten Kliniken kann es in Abhängigkeit vom Pandemieverlauf zu unterschiedlich hohen Auslastungen der dort jeweils vorhandenen Kapazitäten kommen. Vor diesem Hintergrund behalten es sich einige Kliniken vor, anhand der zur Verfügung gestellten Unterlagen zu entscheiden, ob im Einzelfall ein (telefonisches) Interview, eine ambulante Beratung oder der PCC zum Tragen kommt. Rote Fälle können auch jene sein, die bei Rückmeldung vielfache, starke Symptome angeben. Diese Versicherten stehen i.d.R. bereits in ärztlicher Behandlung. Es sollten alle relevanten Unterlagen eingeholt werden.

Kategorie GELB

Hierbei handelt es sich um Versicherte, die vermehrte oder etwas stärkere, oft diffuse Symptome haben, bzw. bei denen Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit über die sechste Woche hinaus besteht. In beiden Fällen wird empfohlen, ggf. ergänzend zu den in einer Rückmeldung beschriebenen Beschwerden bzw. beigefügten Unterlagen telefonisch Rücksprache mit den Versicherten (Einordnung der Symptome anhand der Checkliste, s. Kapitel 3.2) zu nehmen, um anschließend anhand der Angaben einschließlich bekannter Kontextfaktoren die Steuerung des Falls in die entsprechende Fachrichtung (Pulmologie, Neurologie, Kardiologie, HNO, Dermatologie, Innere Medizin, Psychologie) zu veranlassen (s. Kapitel 4) und ggf. das Reha-Managements einzuschalten. Laut AWMF-Leitlinie kann eine weiterführende, spezialärztliche Abklärung angezeigt sein, wenn Einschränkungen länger als drei Monate nach der Infektion persistieren⁷.

kungen länger als drei Monate nach der Infektion persistieren⁷.

Falls ein diffuses Krankheitsbild besteht, soll die Steuerung in die PCS oder den PCC erfolgen. Dort sollen eine diagnostische Abklärung und anschließend ein Vorschlag zum weiteren Vorgehen erfolgen. In den beteiligten Kliniken kann es in Abhängigkeit vom Pandemieverlauf zu unterschiedlich hohen Auslastungen der dort jeweils vorhandenen Kapazitäten kommen. Vor diesem Hintergrund behalten es sich einige Kliniken vor, anhand der zur Verfügung gestellten Unterlagen zu entscheiden, ob im Einzelfall ein (telefonisches) Interview, eine ambulante Beratung oder der PCC zum Tragen kommt.

Kategorie GRÜN

Die Fälle, in denen nach Auswertung der vorhandenen Angaben vorerst keine weiteren Heilbehandlungsmaßnahmen zu veranlassen sind, sind der Kategorie GRÜN zuzuordnen. Diese Fälle sollen zunächst mit einem Behandlungsauftrag (Formulierungsvorschlag siehe K4295) an den Hausarzt/die Hausärztin oder die bisher behandelnde Facharzt/ärztin verwiesen werden, welche/ welcher bei entstehendem weiterem Behandlungsbedarf Bericht erstatten sollen.

Wenn Betroffene zunächst symptomfrei waren, können mit einer Verzögerung von drei bis vier Monaten Symptome auftreten. Zu einem späteren Zeitraum ist ein Bezug zu der COVID-Erkrankung sehr unwahrscheinlich (vgl. Kap. 6).



Ein Wechsel zwischen den Kategorien ist im Laufe des Krankheitsverlaufes möglich, wenn sich zum Beispiel die versicherte Person nach mehreren Wochen/Monaten wieder meldet und weiter über Beschwerden klagt. Ggf. wird hier nochmals die Checkliste zur Hand genommen, um das Heilverfahren in die entsprechende Fachrichtung zu steuern.

⁷ Koculla, A.R., et al. (2021): S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), AWMF-Register Nr. 020/027, Stand 12.07.2021, S. 8

Tabelle 2: Maßnahmen nach Rückmeldung der versicherten Person

Angaben	Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Symptome • Keine ärztliche Behandlung • Keine Reha 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Kategorie GRÜN • An den Hausarzt/-ärztin verweisen und Bericht erstatten lassen
<ul style="list-style-type: none"> • Eher diffuse Symptome • Bereits in ärztlicher Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Kategorie GELB • Berichte von entspr. Ärzten/Ärztinnen anfordern •→ In Abhängigkeit von Kontextfaktoren Einschaltung des RM prüfen
<ul style="list-style-type: none"> • Starke Symptome (i. d. R. in ärztlicher Behandlung, dies ist aber nicht zwingend für die weiteren Maßnahmen) 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Kategorie GELB oder ROT • Post-COVID-Check oder Post-COVID-Sprechstunde •→ Einschaltung des RM prüfen

3.2 Checkliste

Die Checkliste enthält Fallmerkmale, die jeweils zu prüfen sind und die zur gezielten Fallsteuerung genutzt werden können. Sie ist im Anhang der Handlungsempfehlung zu finden.

Die Checkliste dient der kontinuierlichen Hilfestellung für die Sachbearbeitung, um die Notwendigkeit einer strukturierten Fallsteuerung zu identifizieren und entsprechend einzuleiten. Sie muss keinesfalls vollständig abgefragt oder ausgefüllt werden.

4 Diagnostik

Nachdem die Fallidentifikation und -kategorisierung stattgefunden haben, beginnt die Sachbearbeitung mit der Fallsteuerung. Am Anfang steht die diagnostische Abklärung der verbleibenden Symptomatik. Die zu jenem Zeitpunkt bereits durchgeführte Diagnostik kann stark variieren. Abhängig davon sollte die weitere Fallsteuerung erfolgen (vgl. Tabelle 3).

Es ist wichtig, zu beachten, dass „die eine COVID-Diagnostik“ nicht existiert. Stattdessen erfolgt die diagnostische Abklärung symptombezogen. Um in die jeweils angebrachte medizinische Fachdisziplin zu steuern, sollten die vorherrschenden Symptome anhand der Checkliste (Kapitel 3.2) erkannt werden.

Tabelle 3: Einleitung der Diagnostik

Bisherige Diagnostik	Weitere Schritte
Gar keine Diagnostik	Je nach Symptomschwere: GRÜN: Steuerung zum Hausarzt/-ärztin, ggf. Facharzt/-ärztin (Kap. 4.1) GELB: Steuerung zum Facharzt/-ärztin (Kap. 4.1), ggf. ambulante oder stationäre Abklärung (Kap. 4.2, 4.3, 4.4) ROT: Stationäre Abklärung, ggf. ambulante Abklärung (Kap. 4.3, 4.4)
Unzulängliche Diagnostik (nicht ausreichend fachärztlich abgeklärte Beschwerden, Befunde oder Werte fehlen in der Dokumentation)	Entsprechende Fachärzte/-ärztinnen, ambulante oder stationäre Abklärung
Bereits umfassende Diagnostik	Einleitung eines Reha-Verfahrens, Vorgehen nach Empfehlungen aus den diagnostischen Verfahren, wenn vorhanden

Die nachfolgende Tabelle 4 gibt einen Überblick, bei welchen leitenden Symptomen welche medizinische Fachdisziplin zuständig ist. Eine detaillierte Auflistung über die von den Fachgesellschaften in der AWMF-Leitlinie empfohlenen Diagnostik- und Therapieverfahren ist der Tabelle 6 zu entnehmen. Letztere soll der Sachbearbeitung und/oder dem Reha-Management als Unterstützung dienen, z. B. bei der Entscheidung, ob und ggf. gegenüber welchen medizinischen Fachgebieten in Einzelfällen Kostenübernahmeerklärungen für bestimmte Testungen, Diagnostik- und Therapieverfahren erteilt werden können.

Tabelle 4 Übersicht Leitsymptome und Fachdisziplinen

Leitende Symptome:	Medizinische Fachdisziplin:
Lunge/Atemwege	Pulmologie/Pneumologie
Herz-Kreislaufsystem	Kardiologie
Magen-Darm-Trakt, Nieren oder bei Unklarheit, ob Herz oder Lunge	Internist
Nervensystem	Neurologie
Geruchs- und Geschmacksstörungen	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde bzw. Neurologie
Psychische Symptome	Psychiater/Neuro-Psychologie/ Psychotherapie/ Psychosomatische Medizin
Haut und Haare	Dermatologie, ggf. Autoimmunologie bzw. Rheumatologie

Durch die Sachbearbeitung bzw. das Reha-Management sind von den behandelnden Fachärztinnen und -ärzten Berichte über die bisherige Behandlung und Diagnostik anzufordern. Gleichzeitig soll der Arzt bzw. die Ärztin aufgefordert werden, eine Empfehlung zur weiteren Diagnostik und Therapie abzugeben. Der Eingang des Berichts ist zu überwachen. Mit Eingang der ärztlichen weiteren Behandlungs- und Diagnoseempfehlung kann eine Vorstellung beim Facharzt / bei der Fachärztin veranlasst werden, mit der Bitte, die entsprechenden Untersuchungen durchzuführen. Ein entsprechender Behandlungsauftrag und die Kostenzusage sind damit zu verbinden. Sollten Unklarheiten über die weitere HV-Steuerung bestehen, soll der Fall in einer PCB oder PCS vorgestellt werden (vgl. Kap. 4.2, 4.3). Eine Steuerung zu verschiedenen Angeboten ist möglich. Zeitgleich sollen bei den entsprechenden Krankenversicherungen die Vorerkrankungsverzeichnisse eingeholt werden. **Die Heilverfahrenssteuerung hat gegenüber der vollständigen Ermittlung des Krankheitsverlaufs Vorrang.**

4.1 Haus-/Facharzt/-ärztin

- Bei leitenden Symptomen, die eindeutig einer Fachdisziplin zuzuordnen sind (vgl. Checkliste (Kapitel 3.2) und Tabelle 4)

Versicherungsfälle, bei denen bisher keine Diagnostik stattgefunden hat und milde Symptome vorliegen (**GRÜNE** Fälle) werden zunächst mit einem auf sechs Monate befristeten Behandlungsauftrag (Formulierungsvorschlag der als Anlage beigefügte BGW-Formtext **K 4295**) zum Hausarzt/zur Hausärztin oder entsprechend qualifizierten Fachärztinnen und -ärzten verwiesen. Diese/Dieser übernimmt die primärärztliche Versorgung und Koordination⁸ sowie die Verordnung entsprechender Therapien. Der Sachbearbeitung gegenüber spricht sie oder er Empfehlungen zur weiteren fachspezifischen Diagnostik aus oder bindet ggf. notwendige (weitere) Fachdisziplinen ein. Es kann sich in der ambulanten Behandlung anbieten, eine medizinische Koordination (z. B. D-Arzt/Ärztin) in die Heilverfahrenssteuerung mit einzubeziehen.

Versicherungsfälle, bei denen deutlichere Symptome vorhanden sind (**GELBE** und ggf. **ROTE** Fälle), werden anhand der leitenden Symptome (vgl. Checkliste (Kapitel 3.2) und Tabelle 4) mit einem konkreten Behandlungsauftrag zu den entsprechenden Fachärztinnen und -ärzten gesteuert. Es sollte mit der aufgrund der jeweils am stärksten ausgeprägten Symptomatik „führenden“ Fachdisziplin begonnen werden und entsprechend den Empfehlungen dieser Fachdisziplin zur konsiliarischen Vorstellung bzw. Mitbehandlung ggf. nachgesteuert werden. Die Facharztsuche erfolgt in der Regel durch die Versicherten selbst.

Wenn eine Bandbreite von Symptomen vorliegt und eine Zuordnung zu einzelnen Fachdisziplinen nicht möglich ist oder schwierig erscheint, soll eine Vorstellung in einer PCB (Kap. 4.2), einer ambulanten Sprechstunde (Kap. 4.3) oder der Post-COVID-Check (Kap. 4.4) eingeleitet werden.

4.2 Post-COVID-Beratung

- Beratende Stellungnahme zur Heilverfahrenssteuerung nach Aktenlage ohne Versichertenkontakt.

Die Post-COVID-Beratung⁹ (PCB) ist ein Angebot der BG-Kliniken. Sie bietet eine niederschwellige fachärztliche Ersteinschätzung von Versicherten, die an den Folgen einer COVID-19-Erkrankung leiden. Die PCB hilft Sachbearbeitern und Sachbearbeiterinnen sowie Reha-Managern und Reha-Managerinnen bei der Koordination des Heilverfahrens. Die Beratung erfolgt ohne eine persönliche Vorstellung der Versicherten und beinhaltet z. B. eine Beurteilung von Vorbefunden durch Aktenstudium. Die Beratung kann telefonisch oder per Videokonferenz stattfinden und beinhaltet meist ein strukturiertes Interview. Sie wird in allen BG-Kliniken angeboten.

4.3 Ambulante Sprechstunde

4.3.1 Post-COVID-Sprechstunde

- Zur Orientierung in Fällen, die die Sachbearbeitung keiner Fachdisziplin zuordnen kann oder mehrere Symptome leitend sind.

Ein weiteres Beratungs- und Unterstützungsangebot der BG-Klinken ist die Post-COVID-Sprechstunde¹⁰ (PCS). Diese stellt eine Option zur Unterstützung bei der weiteren Diagnostik- und Therapieplanung vor und nach der PCB (s. Kap. 4.2) oder einer Reha-Maßnahme dar. Sie dient der Fallsteuerung mit Versicherten, Ärzten bzw. Ärztinnen und dem Reha-Management nach persönlichem Gespräch in der Klinik ggf. mit Erstellung eines Reha- und Teilhabepfandes oder Ausstellen von Verordnungen für den ambulanten Bereich.

⁸ Koczulla, A.R., et al. (2021): S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), AWMF-Register Nr. 020/027, Stand 12.07.2021, S. 62

⁹ <https://www.bg-kliniken.de/leistungen/detail/post-covid-sprechstunde/>

¹⁰ <https://www.bg-kliniken.de/leistungen/detail/post-covid-check/>

4.3.2 Weitere ambulante Sprechstunden

- Ebenfalls zur Orientierung in Fällen, die die Sachbearbeitung keiner Fachdisziplin zuordnen kann oder mehrere Symptome leitend sind.
- Je nach Fachdisziplin der Netzwerkpartner auch in den Fällen, in denen schwere Symptome anhaltend sind.

Sofern an den einzelnen Standorten Kooperationen und Netzwerkpartner bestehen, können und sollen diese weiterhin genutzt werden. Optimaler Weise werden somit weitere Fachgebiete (z. B. Pneumologie, Kardiologie, HNO) abgedeckt.

4.4 Post-COVID-Check

- Für Versicherte mit Symptomen, die sich auf mehrere Fachgebiete erstrecken und einer interdisziplinären Abklärung bedürfen.
- Zur Orientierung in Fällen, die die Sachbearbeitung keiner Fachdisziplin zuordnen kann oder mehrere Symptome leitend sind.

Dieses Angebot dient dazu, Versicherten ein umfassendes Diagnostikangebot machen zu können. Der PCC ist bei anhaltenden Symptomen nach drei Monaten indiziert. Mittels dessen können die bestehenden Beschwerden dokumentiert und auf dieser Grundlage die weitere Weichenstellung für die Gestaltung von Rehabilitationsverfahren vorgenommen werden.

Der Post-COVID-Check¹¹ (PCC) dient der interdisziplinären Abklärung zum Stand des Heilverfahrens und ggf. zu weiteren Möglichkeiten einer aktiven Heilverfahrenssteuerung. Durch den Post-COVID-Check soll nicht der Ursachenzusammenhang im Einzelfall geklärt werden; dies bleibt einer Zusammenhangsbegutachtung vorbehalten. Der PCC wird derzeit in folgenden BG-Kliniken angeboten:

- Berlin
- Bochum
- Duisburg
- Halle
- Hamburg
- Ludwigshafen

- Murnau
- Tübingen

Die relevanten Fachbereiche wie Neurologie, Pneumologie, Kardiologie und Psychologie werden bei Bedarf hinzugezogen. Die Zuweisung zur Klinik erfolgt jeweils lokal für jeden UV-Träger in Absprache mit den jeweiligen Kliniken. Dabei ist zu klären, welche Unterlagen den Medizinerinnen und Medizinern für ein Prä-Screening zur Verfügung gestellt werden müssen.

Zunächst erfolgt von Seiten der BG-Kliniken ein prästationäres Screening, da sich gezeigt hat, dass nicht bei jeder/ jedem Versicherten eine stationäre Aufnahme indiziert ist. Teilweise wird so eine ambulante Diagnosestellung als hinreichend erachtet oder es zeigt sich, dass bereits ausreichend Diagnostik vorliegt und primär eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgen sollte.

Am Ende der bis zu zehntägigen stationären Diagnostik erfolgt eine Fallkonferenz mit der/dem Versicherten und der Reha-Managerin/dem Reha-Manager, in der die Befunde sowie mögliche Therapieempfehlungen und deren Umsetzbarkeit besprochen werden sowie ein ggf. notwendiger Reha- und Teilhabeplan erstellt wird. Die BG-Klinik fasst einen Abschlussbericht, in dem Diagnosen und Anhaltspunkte für die berufliche Verursachung der COVID-Erkrankung aufgeführt werden.

Eine Re-Evaluation nach einer Rehabilitationsmaßnahme ist möglich.

4.5 Weiteres Vorgehen

Im Anschluss an ein diagnostisches Verfahren wird entsprechend der fachärztlichen Empfehlungen oder, falls vorhanden, entsprechend des Reha- und Teilhabeplans weiter gesteuert. Dies kann weitere Diagnostik oder therapeutische Maßnahmen umfassen. Die weitere Steuerung erfolgt durch die Sachbearbeitung bzw. das Reha-Management entsprechend der internen Aufgabenverteilung des jeweiligen Unfallversicherungsträgers. Wenn Empfehlungen zu Konsilen oder weiterführenden diagnostischen Verfahren (z. B. MRT) ausgesprochen werden, sollten diese vor einer anschließenden Rehabilitationsmaßnahme und möglichst nicht parallel durchgeführt werden.

¹¹ <https://www.bg-kliniken.de/leistungen/detail/post-covid-check/>

5 Rehabilitation und Teilhabe

Analog zur Diagnostik gibt es auch „die eine COVID-Reha“ nicht. Auch hier sollte die Steuerung danach erfolgen, welche Symptome führend sind bzw. welches Beschwerdebild im Vordergrund steht¹² und, sofern vorhanden, was als Ergebnis der diagnostischen Verfahren in ärztlichen Berichten empfohlen wird.

Zur Behandlung von Post-COVID-bedingten Einschränkungen vor Einleitung von Reha-Maßnahmen sollen nach der ärztlich diagnostischen Abklärung primär Heilmittel verordnet werden, um im Rahmen der ambulanten Versorgung die eingeschränkten Körperfunktionen wiederherzustellen und Aktivierungslimitationen entgegenzuwirken¹³ (vgl. Kapitel 5.3.3).

Eine Rehabilitation (vgl. Kap. 5.3.4) sollte für Post-COVID-Betroffene verordnet werden, wenn nach COVID-19-krankheitsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe bestehen oder drohen, die der multimodalen ärztlichen und therapeutischen Behandlung bedürfen, wenn also ambulante Heilmittel für die Behandlung nicht ausreichen¹⁴. Die in der Regel stationäre Reha nach COVID-19-muss interdisziplinär ausgerichtet sein und sollte funktionsorientiert (ICF-basiert) und nicht ursachenorientiert (ICD-basiert) erfolgen. Als Ziel sollte eine aktivierende Gesundheitsförderung verfolgt werden. Das Spektrum der Folgeerkrankungen ist vielfältig, somit ist auch eine Vielzahl an Therapiemaßnahmen möglich, um

die gesundheitliche Wiederherstellung, berufliche Leistungsfähigkeit und die soziale Integration zu erreichen. Es gibt keine zwingende fachliche Reihung (z. B. erst pneumologisch, dann kardiologisch, dann neurologisch) und es können auch mehrere Reha-Verfahren für die einzelne versicherte Person erforderlich sein. Ebenso ist es möglich, dass während der Reha-Maßnahme weitere Diagnostik erforderlich wird. Nach acht bis zwölf Wochen bietet sich eine wiederholte ärztliche Untersuchung zur Beurteilung des Erfolgs der Rehabilitation und ggf. zur weiteren diagnostischen Abklärung an. Es hat sich gezeigt, dass Reha-Maßnahmen auch mehrere Monate nach der Akuterkrankung Erfolge zeigen. Daher sollte nach fortbestehender COVID-Symptomatik von ca. drei Monaten ggf. nach individueller Prüfung eine in der Regel stationäre Reha erfolgen. Die Dauer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme beträgt in der Regel drei bis fünf Wochen.

5.1 Symptomorientierte Therapie

Wie bereits erwähnt, sollte die Rehabilitation und Therapie symptomorientiert erfolgen. Welche fachliche Ausrichtung dabei im Vordergrund steht und ob ein stationäres oder ambulantes Verfahren gewählt wird, muss dabei individuell betrachtet werden.

Tabelle 5 stellt eine Übersicht zur Orientierungshilfe dar.

¹² AWMF (Hrsg.) (2021): S2 k-Leitlinie SARS-CoV-2, COVID-19- und (Früh-) Rehabilitation, AWMF-Register Nr. 080-008, Stand 01.11.2021, S. 18

¹³ AWMF (Hrsg.) (2021): S2 k-Leitlinie SARS-CoV-2, COVID-19- und (Früh-) Rehabilitation, AWMF-Register Nr. 080-008, Stand 01.11.2021, S. 18

¹⁴ Ebd.

Tabelle 5: Übersicht Symptomorientierte Therapie

Leitsymptome	Reha/Therapieform	Wo?
Pulmologisch	<p>ROTE Fälle: Pneumologische (Früh-)Reha</p> <p>GELBE Fälle: ggf. Pneumologische Reha, EAP, Atemtherapie (Physiotherapie)</p> <p>GRÜNE Fälle: ggf. Atemtherapie (Physiotherapie)</p>	BG-Kliniken, Fachkliniken, EAP-Einrichtungen, Physiotherapie-praxen
Kardiologisch	Kardiologische Reha	Fachkliniken
Neurologisch	<p>ROTE Fälle: (Teil-)Stationäre neurologische Reha, BGSW, ggf. KSR; Ambulante Reha</p>	BG-Kliniken Neurologische Fachklinik
	<p>GELBE Fälle: Stationäre neurologische Reha, KSR</p>	BG-Kliniken
	<p>GRÜNE Fälle: Ggf. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie</p>	Therapie- praxen
Fatigue*	Primär: amb. Aktivierungstherapie, EAP, Psychotherapeutische bzw. psychopharmakologische Behandlung; Nachrangig: psychosomatische Reha als Resultat der Post-COVID-Beratung	Fachkliniken, EAP-Einrichtungen, Psychotherapeuten
Psyche**	Probatorische Sitzungen, Psychotherapeutenverfahren, Psychosomatische Reha	BG-Kliniken, Fachkliniken, Psycho-therapeuten
Rein Muskel-Skelett-System (z. B. Lage-rungs-schaden)	Je nach Ausprägung der Symptome und Begleitsymptome: BGSW oder KSR EAP Physiotherapie, Ergotherapie	BG-Klinken, BGSW-, EAP-Einrichtungen, Therapiepraxen
Internistisch	<i>(Fachärztliche ambulante Behandlung)</i> ggf. den Symptomen entsprechende Reha	Internist/-in
Geruchs- und Ge-schmacks-störungen	<i>(Fachärztliche ambulante Behandlung)</i>	HNO, ggf. Neurologie
Haut / Haare***	<i>(Fachärztliche ambulante Behandlung)</i> Ggf. psychologische Betreuung	Dermatologie, Rheumatologie

* Fatigue ist eine seit langem bekannte subjektiv geprägte klinische Symptomatik, u.a. im Gefolge von Viruserkrankungen, oder auch im Rahmen von Tumorerkrankungen bzw. bei der Multiplen Sklerose. Beim Post-COVID-Syndrom findet sich Fatigue als eine häufige langdauernde subjektive Beschwerdesymptomatik. Ursache und Behandlungsmöglichkeiten von Fatigue werden in der Medizin aktuell kontrovers diskutiert. Neben einer Fatigue-Symptomatik im Kontext einer organischen Erkrankung (siehe oben) sind grundsätzlich psychische/psychosomatische Faktoren in die Bewertung mit einzubeziehen. Therapeutisch stellt wegen der oftmals bestehenden Verknüpfung körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen eine aktivierende psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme eine wesentliche Behandlungsempfehlung dar. Neben einer körperlich aktivierenden Behandlung unter Beachtung der individuellen Belastungsgrenze des Patienten ist eine psychologische Mitbehandlung zwingend erforderlich. Diese therapeutische „Kombination“ sollte betroffenen Versicherten im Gespräch deutlich gemacht werden. Im Rahmen einer ambulanten Aktivierungstherapie kommt z. B. eine Kombination aus moderatem Ausdauertraining und Krafttraining unter Anleitung im Rahmen einer individuell angepassten EAP (ca. 2-3x/Woche) in Betracht. Ärztliche, psychologische und therapeutische Interventionen sollten individuell angepasst und variabel erfolgen. Dabei sollte sich eine aktivierende Therapie am jeweiligen Belastungsniveau des einzelnen Patienten/der Patientin orientieren. Eine begleitende Verhaltenstherapie ist in der Mehrzahl der Fälle empfehlenswert. Auf diese Weise kann eine Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und langfristig der Lebensqualität erreicht werden.

Falls entsprechend angepasste ambulante und/oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu einer Rückbildung der Fatigue Symptomatik bzw. einer erfolgreichen Wiedereingliederung führen, sollte eine multidisziplinäre Diagnostik z. B. im Rahmen eines stationären PCC, oder eine Zusammenhangsbegutachtung erfolgen. Im gutachterlichen Rahmen ist dann eine Unterscheidung zwischen subjektiver Fatigue und objektiv nachvollziehbarer/messbarer Leistungseinschränkung (Fatigability) erforderlich (s. aktuelle Literatur)¹⁵.

** In 25 – 30 % der Fälle ist mit psychosomatischen und psychiatrischen Komorbiditäten bei einer SARS-CoV-2-Infektion und COVID-19 zu rechnen. Zur Verhinderung einer Chronifizierung wird bei psychischen Symptomen empfohlen, frühzeitig diagnostisch und therapeutisch vorzugehen. Bei Bedarf sollte eine intensivere psychiatrische/psychologische Begleitung der Betroffenen erfolgen¹⁶.

*** Haarausfall kann möglicherweise durch Autoantikörper verursacht werden. Daher kann in starken Fällen die Autoimmunologie bzw. Rheumatologie hinzugezogen werden. Das Symptom kann therapeutisch eher vernachlässigt werden, da sich gezeigt hat, dass die Haare wieder nachwachsen. Bei hoher psychischer Belastung kann den Betroffenen ggf. eine psychologische Betreuung angeboten werden.

5.2 Einbindung des Reha-Managements

Die Einbindung des Reha-Managements sowie die Abstimmung zwischen Sachbearbeitung und Reha-Management erfolgt entsprechend der allgemeinen Grundlagen zum Reha-Management sowie ggf. auf Basis UVT-interner Regelungen.

Bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit sind fortlaufende Prognosen zum Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit zwingend erforderlich. Als zumindest einzuhaltende Meilensteine kommen derartige Prognosen insbesondere nach sechs Monaten und eine weitere Überprüfung nach 12 Monaten in Betracht. Hierfür soll der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin kontaktiert werden. Als Formulierungshilfe kann dazu der BGW-Formtext K4298 dienen.

5.3 Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitationsbehandlung soll entsprechend der für den Rehabilitationsbedarf führenden

Schädigung (z. B. pulmonal, kardial oder neurologisch) erfolgen¹⁷. Bei im Vordergrund stehenden psychischen Beeinträchtigungen soll entsprechend eine psychologische Mitbehandlung im Rahmen der Rehabilitation durchgeführt werden¹⁸.

Die ambulante und stationäre Therapie erfordern, je nach Fallgestaltung, ein unterschiedliches Vorgehen, das abhängig ist von der erfolgten Diagnostik und der Kategorisierung der Fälle (Ampel-Modell).

5.3.1 ROTE Fälle

Grundsätzlich sollte gerade bei den roten Fällen, wegen des komplexen Schädigungsmusters mit unterschiedlichen Funktionsstörungen und deren unterschiedlicher Dynamik im Verlauf, eine für den Einzelfall adäquat konzipierte Verlaufsbetreuung und Nachsorge geplant werden.

In der Regel handelt sich dabei um Organbeeinträchtigungen, die während der Akutphase entstanden sind und weiter persistieren. Klinische Relevanz zeigen hier

¹⁵ Ausführungen für diese Handlungsempfehlung von Prof. Dr. med. Martin Tegenthoff, BG Univ.-Klinikum Bergmannsheil Bochum

¹⁶ AWMF (Hrsg.) (2021): S2k-Leitlinie SARS-CoV-2, COVID-19- und (Früh-) Rehabilitation, AWMF-Register Nr. 080-008, Stand 01.11.2021, S. 38

¹⁷ AWMF (Hrsg.) (2021): S2k-Leitlinie SARS-CoV-2, COVID-19- und (Früh-) Rehabilitation, AWMF-Register Nr. 080-008, Stand 01.11.2021, S. 78

¹⁸ AWMF (Hrsg.) (2021): S2k-Leitlinie SARS-CoV-2, COVID-19- und (Früh-) Rehabilitation, AWMF-Register Nr. 080-008, Stand 01.11.2021, S. 114

die Lunge, das zentrale und periphere Nervensystem, die Muskulatur und das Herz¹⁹.

Bei diesen schweren und kritischen Verläufen sollte daher zunächst eine in der Regel stationäre Rehabilitationsbehandlung initiiert werden²⁰. Dabei ist nach einem multimodalen interdisziplinären Konzept zu arbeiten²¹. Dies umfasst bereits die (Früh-)Rehabilitation im Akutkrankenhaus, die stationäre Weiterbehandlung in Rehabilitationseinrichtungen und die sich anschließende ambulante Nachsorge, je nach Schwere der Schädigung auch langfristig.

Wichtig ist, dass die betroffenen COVID-19-Erkrankten mit sensorischen, sensomotorischen, kognitiven und/oder emotionalen Veränderungen adäquat neurologisch untersucht und ihre Beschwerden entsprechend bewertet werden²².

5.3.2 GELBE Fälle

In die Gruppe der gelben Fälle fallen solche, die nach primär mildem bis moderatem Verlauf, erst zu einem späteren Zeitpunkt unter Symptomen leiden. Diese sind zum Teil diffus und nicht nur einer Fachrichtung zuzuschreiben. Bei Fragestellungen zur weiteren Heilverlaufssteuerung sollten auch diese Fälle bei Bedarf in einem der Post-COVID-Angebote der BG Kliniken vorgestellt werden.

Wird dort eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme empfohlen, ist diese interdisziplinär ausgerichtet und sollte unbedingt eine psychologische Mitbetreuung beinhalten.

5.3.3 Ambulante Maßnahmen

Für Erkrankte nach schwerer und kritischer Verlaufsform als auch nach einem milden bis moderaten Verlauf einer COVID-19-Erkrankung, können bei Bedarf eine ambulante

Behandlung oder Rehabilitation notwendig und ausreichend sein. Als ambulante Maßnahmen kommen bedarfsorientiert nach ärztlicher diagnostischer Abklärung alle gängigen Angebote in Betracht, z. B. EAP²³, Physiotherapie (z. B. Atemtherapie), Ergotherapie, Logopädie, probatorische Sitzungen²⁴, Psychotherapeutenverfahren²⁵ und neuropsychologische Therapie. Die ambulanten Maßnahmen, die für den Unfallbereich beschrieben sind, können analog im BK-Bereich angewendet werden²⁶.

Für die Ausstellung von Verordnungen bietet sich auch die Nutzung der PCS oder von weiteren COVID-19-rehabilitativen Nachsorgeangeboten im Rahmen von Kooperationen an. Sie können ebenso durch die behandelnden Hausärzte/Hausärztinnen, die Fachärzte/Fachärztinnen sowie ggf. eingeschaltete D-Ärztinnen und -Ärzten verordnet werden (vgl. Abschnitt 4.1).

Ferner kann ebenfalls die Verordnung von erweiterter ambulanter Physiotherapie (EAP) initiiert werden. Hierbei sollte der Schwerpunkt auf muskulo-skeletaler Therapie und Bewegung gelegt werden.

Gerade bei neurologischen Symptomen, wie kognitiven Einschränkungen, sollten neuropsychologische Therapien verordnet werden und ein entsprechendes Hirnleistungstraining (Ergotherapie) durchgeführt werden.

Bei weiterbestehenden körperlichen Einschränkungen kann zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit ein FCE Test (functional capacity evaluation, z. B. EFL Test) durchgeführt werden.

Es wird erwartet, dass es in Zukunft einen Zuwachs an Erfahrungen mit einzelnen Anbietern in der jeweiligen Region geben wird. Ein regelmäßiger Austausch innerhalb der BK-Abteilung und mit dem Reha-Management wird empfohlen. Die Landesverbände der DGUV haben

¹⁹ Ebd., S. 74

²⁰ Ebd., S. 76

²¹ Ebd., S. 77

²² Ebd., S. 102

²³ https://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/eap/index.jsp

²⁴ <https://intranet.bgw-online.de/DE/Organisation/Aufgabenbereiche/Rehabilitation/Prozesse/Handlungsanleitungen/HA%20%22Arbeitsunfall%20und%20psych%20Gesundheitssch%C3%A4den%22.pdf?blob=publicationFile&v=6>

²⁵ <https://publikationen.dguv.de/versicherungleistungen/rehabilitation/4390/psychotherapeutenverfahren?number=SW22034>

²⁶ Die Handlungsanleitungen Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden sowie telefonisch-psychologische Beratung werden derzeit für die Belange der BK-Sachbearbeitung angepasst. Die Grundsätze können aber bereits jetzt übernommen werden.

zudem eine Liste aller ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen für die Behandlung von Post-/Long-COVID Patienten zusammengestellt, die aus Sicht der meldenden Unfallversicherungsträger geeignet erscheinen²⁷. Darüber hinaus sind im UV-Net unter <https://uv-net.dguv.de/versicherungsfaelle/berufskrankheiten/bk-nrn.-3101-3104-infektionskrankheiten/index.jsp> auch weitere Zusammenstellungen von Leistungsanbietern verlinkt.

Für die Wirksamkeit von alternativen Behandlungsmethoden, wie z. B. hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) oder Blutwäsche, gibt es in Bezug auf Post-COVID bisher keine Evidenz²⁸.

5.3.4. Stationäre Rehabilitation

Die stationäre Rehabilitationsbehandlung verfolgt folgende Zielsetzungen²⁹:

- Somatisch: Verbesserung der noch bestehenden funktionellen Einschränkungen und Leistungsfähigkeit, Verbesserung der aus weiteren Organkomplikationen resultierenden Einschränkungen
- Psychisch: Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung nach oft langem und komplikationsträchtigem Intensivaufenthalt
- Teilhabeorientiert: Wiederherstellung des Leistungsvermögens für Beruf und sozialen Alltag.

Bei der Auswahl der stationären Behandlungseinrichtung ist darauf zu achten, dass die berufliche Wiedereingliederung im Fokus der Behandlungsmaßnahmen steht und im Berichtswesen Beachtung findet. Eine Teilnahme an Abschlussgesprächen, zumindest über eine telefonische Beteiligung des UVT, ist zu fordern.

Die stationäre Behandlung beinhaltet zum einen Therapie- und Trainingseinheiten (z. B. Physiotherapie, Ausdauertraining, Krafttraining, Atemphysiotherapie, Atemmuskeltraining) sowie psychoedukative und psychosoziale Intervention zur Wiederherstellung des Funktionsniveaus und damit auch der Arbeitsfähigkeit³⁰ sowie der Alltagsfähigkeit.

Eine wiederholte stationäre Rehabilitationsbehandlung kann nach fachärztlicher Beurteilung in geeigneten Fällen, insb. vor einer geplanten beruflichen Eingliederung, indiziert sein.

5.3.5 BG Kliniken

Alle BG Kliniken halten rehabilitative Angebote vor. Die BG-Akutkliniken bieten BGSW und KSR an. Bei rein aktivierender Rehabilitation ist eine BGSW zielführend, bei interdisziplinärem und psychologischem Bedarf eine KSR. Das Leistungsangebot der KSR übersteigt dabei den Umfang einer BGSW und bietet sich für Versicherte an, bei denen ein hoher psychologischer/neuropsychologischer Begleitbedarf, Bedarf an pflegerischer Betreuung oder weiterer diagnostischer Abklärung besteht³¹.

Derzeit bieten die Kliniken in Bad Reichenhall, Halle (Bergmannstrost) und St. Peter Ording gesonderte Angebote im Bereich der Post-COVID-Behandlung an. Die BG Klinik Bad Reichenhall bietet eine Post-COVID-Reha an. Dort erfolgt eine interdisziplinäre Rehabilitation mit Schwerpunkt im pulmologischen Bereich. Für Patienten mit neurologischen Symptomen findet ein regelmäßiges 14-tägiges Konsil mit den Neurologen einer BG Klinik, die den PCC anbieten, statt.

Die BG Klinik Halle, Bergmannstrost, bietet eine Post-COVID-Reha mit internistischem oder physikalisch-rehabilitativem Fokus an. In der Klinik in St. Peter Ording wird eine modifizierte Form der BGSW angeboten. Bestehende und ggf. künftig zusätzlich zu entwickelnde Angebote werden auf der UV-Net-Seite zur BK-Nr. 3101 veröffentlicht.

5.3.6 Weitere Fachkliniken

Die Einbindungen externer Fachkliniken ist im Hinblick auf die hohen Fallzahlen sinnvoll. Dies betrifft besonders medizinische Fachrichtungen, die durch die BG Kliniken nicht abgedeckt werden können.

²⁷ <https://uv-net.dguv.de/versicherungsfaelle/berufskrankheiten/bk-nrn.-3101-3104-infektionskrankheiten/index.jsp>

²⁸ FAQs im BGW-Reha-Handbuch: https://intranet.bgw-online.de/DE/Organisation/Aufgabenbereiche/Rehabilitation/Anleitungen-Handb%C3%BCcher/Reha-Handbuch/functions/Reha-Handbuch_glossar.html?nn=551886&lv2=547810&lv3=649234

²⁹ AWMF (Hrsg.) (2021): S2k-Leitlinie SARS-CoV-2, COVID-19- und (Früh-) Rehabilitation, AWMF-Register Nr. 080-008, Stand 01.11.2021, S. 82 f.

³⁰ AWMF (Hrsg.) (2021): S2k-Leitlinie SARS-CoV-2, COVID-19- und (Früh-) Rehabilitation, AWMF-Register Nr. 080-008, Stand 01.11.2021, S. 83 ff.

³¹ [https://uv-net.dguv.de/leistungen/medizinische-versorgung/versorgung_bgkliniken/komplexe-stationaere-rehabilitation-\(ksr\)/index.jsp](https://uv-net.dguv.de/leistungen/medizinische-versorgung/versorgung_bgkliniken/komplexe-stationaere-rehabilitation-(ksr)/index.jsp)

Wie bereits erwähnt, haben die Landesverbände der DGUV eine Liste aller ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen für die Behandlung von Post-/Long-COVID Patienten zusammengestellt, die aus Sicht der meldenden UVT geeignet erscheinen³².

5.4 Medizinisch-berufliche Rehabilitation

5.4.1 Begleitete Arbeitsaufnahme

Ein geeigneter Zeitpunkt für die Planung der Wiederaufnahme der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ist, wenn diese nach ärztlicher Feststellung zumindest teilweise wieder ausgeübt werden kann. Die zum Teil längeren Verläufe der COVID-19-Erkrankungen können auf Seiten der Erkrankten als auch auf Seiten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu Unsicherheiten in Bezug auf die Wiederaufnahme der Tätigkeiten führen. Sofern eine Aufnahme der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auf Basis einer Belastungserprobung/ Stufenweise Wiedereingliederung (s. Kap. 5.4.2) nicht erfolversprechend erscheint, bietet es sich an die Wiedereingliederung in einem begleiteten Rahmen durchzuführen.

Bislang bestehen noch keine flächendeckenden Angebote für ein solches Vorgehen. Lediglich in einzelnen Regionen entwickeln sich derzeit entsprechende Kooperationen, deren Entwicklung abzuwarten bleibt.

Im Rahmen eines gemeinsamen Workshops der DRV Bund, der DRV Westfalen, der DRV Rheinland, der DRV Knappschaft-Bahn-See, der Regionaldirektion NRW der

Bundesagentur für Arbeit, der Unfallkasse NRW und der BGW wurden unter Beteiligung von Vertretern von zwei Reha-Kliniken, der BG-Univ.-Klinik Bergmannsheil Bochum und der Berufsförderungswerke Köln und Dortmund Inhalte einer Maßnahme zur Förderung der Arbeitsaufnahme beschrieben.

Rehabilitationsziele einer medizinisch-beruflichen Maßnahme sind dabei:

- Objektivierung des Leistungsvermögens, sofern nicht bereits über PCC erfolgt
- Konkreter Abgleich der aktuellen Fähigkeiten der erkrankten Personen mit dem Anforderungsprofil am Arbeitsplatz
- Anbahnung der Belastungserprobung/Stufenweisen Wiedereingliederung durch Gespräche mit den Arbeitgebenden
- Entwicklung einer unterstützenden Tagesstruktur unter wBerücksichtigung notwendiger medizinischer Therapiemaßnahmen

Eine Maßnahme sollte modular aufgebaut sein und in Abstimmung mit dem Reha-Management erfolgen, um den vielfältigen Anforderungen zur beruflichen Eingliederung der Einzelfälle gerecht werden zu können.

Eine persönliche Begleitung der erkrankten Personen bei der Anbahnung und Durchführung der Eingliederung durch ein Case-Management-Angebot der Einrichtung kann den Prozess zusätzlich absichern und unterstützen.

Eine entsprechende Maßnahme der medizinisch-beruflichen Rehabilitation könnte folgenden Aufbau haben:

Erprobung und berufliche Perspektivbildung	Konkretisierung der beruflichen Perspektive (sofern noch erforderlich)	Case-Management
<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Motivationsförderung • praktische Erprobung • Erfassung und Stärkung der Belastungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • anforderungsorientierte Diagnostik • ggf. Diagnostik der funktionalen Leistungsfähigkeit (FCE-Verfahren) • Überleitung ins Case-Management 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierung des Tagesablaufs • Berücksichtigung erforderlicher med. Behandlungsmaßnahmen • Nutzung unterstützender Beratungsangebote und Trainings • Individuelle Begleitung der Arbeitsaufnahme

Abb. 3: Modularer Aufbau einer medizinisch-beruflichen Maßnahme (Beispiel)

³² <https://uv-net.dguv.de/versicherungsaefaelle/berufskrankheiten/bk-nrn.-3101-3104-infektionskrankheiten/index.jsp>

Die Berufsförderungswerke können neben weiteren qualifizierten Anbietern von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben für die Durchführung entsprechender Maßnahmen in Betracht kommen, da sie über die notwendigen strukturellen Voraussetzungen (insb. medizinischer und psychologischer Fachdienst) verfügen. Geeignete Anbieter wären auch die Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation <https://www.mbreha.de/>

5.4.2 Belastungserprobung / Stufenweise Wiedereingliederung

Zielsetzung der Rehabilitationsbehandlung ist die Wiederherstellung des Leistungsvermögens für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Dieses Ziel erfordert eine Steuerung der Behandlungsmaßnahmen möglichst ohne Behandlungspausen.

Die Rückführung an den alten Arbeitsplatz erfordert aufgrund der vielfältigen Einflüsse auf die Versicherten eine möglichst frühzeitige Planung einer stufenweisen Wiedereingliederung und eine persönliche Beratung der Versicherten durch das Reha-Management. Die Dauer und der Umfang der stufenweisen Wiedereingliederung werden individuell festgelegt.

Liegt nach medizinischen Kriterien ein realistisches Leistungsvermögen vor, sollte in der Heilverfahrenssteuerung aktiv eine stufenweise Wiedereingliederung in die Wege geleitet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit zumindest teilweise wieder ausüben kann³³. Wenn seitens der Ärzte eine Wiedereingliederung empfohlen wird und die versicherte Person dieser ablehnend gegenübersteht, können hier auch begleitende (z. B. psychologische) Unterstützungsangebote unterbreitet werden.

Liegt aus medizinischer Sicht ein realistisches Leistungsvermögen (auch teilweise) nicht vor und sind die Einschränkungen diagnostisch und klinisch nicht erklärbar, ist eine Prüfung des ursächlichen Zusammenhangs zwi-

schen den Einschränkungen und der COVID-19-Erkrankung ratsam (vgl. Kap. 6).

Eine abgebrochene stufenweise Wiedereingliederung erfordert in der Regel die (ggf. erneute) Einschaltung des Reha-Managements.

5.5 Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern

Sofern aufgrund der Schwere und der bereits bestehenden Dauer der Erkrankung eine Behinderung droht oder besteht und der UV-Träger Kenntnis über einen konkreten Reha-/Teilhabebedarf hat, ist der Fall unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bundesteilhabegesetzes³⁴ zu bearbeiten³⁵.

Dabei ist zu beachten, dass die ambulante oder stationäre Akutbehandlung sowie die Pflegeleistungen keinen Auslöser für den BTHG Prozess darstellen.

Besteht ein Bedarf an Leistungen der medizinischen Rehabilitation (z. B. BGSW, KSR, ABMR, TOR, EAP, psychosomatische stationäre Reha, (teil)stationäre neurologische Reha), löst dies den Prozess des BTHG aus. Dies ist auch für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder für die soziale Teilhabe zu beachten.

Ist der UV-Träger für die Leistung der zuständige erstantergangene Reha-Träger, wird er leistender Reha-Träger und erbringt die Leistung. Die Sachbearbeitung bzw. das Reha-Management achten insbesondere in persönlichen Gesprächen und Telefonaten auf Hinweise auch zu versicherungsfallunabhängigen Vorerkrankungen und Begleiterkrankungen. Dazu wird eine summarische Bedarfsaufnahme durchgeführt. Die Sachbearbeitung oder das Reha-Management prüfen nach dem Verfahrensablauf Leitfaden zur Umsetzung des SGB IX (https://dok-center.dguv.de/livelink/lilisapi.dll/fetch/2000/2198506/3674029/13437977/-/Verfahrensablauf_SGB-IX.pdf?nodeid=13437383&vernum=-2), wie mit versicherungsfallunabhängigen Reha-Bedarfen im jeweiligen Einzelfall umzugehen ist.

³³ AWMF (Hrsg.) (2021): S2k-Leitlinie SARS-CoV-2, COVID-19- und (Früh-) Rehabilitation, AWMF-Register Nr. 080-008, Stand 01.11.2021. S. 113

³⁴ https://intranet.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Reha-Handbuch/Beziehungen-zwischen-verschiedenen-Leistungstraegern/PB_Bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=10

³⁵ https://intranet.bgw-online.de/DE/Organisation/Aufgabenbereiche/Rehabilitation/Anleitungen-Handb%C3%BCher/Reha-Handbuch/_functions/Reha-Handbuch_glossar.html?nn=551886&lv2=547808&lv3=658816

Insbesondere bei Zweifeln an der Zuständigkeit bzw. am ursächlichen Zusammenhang der COVID-19-Erkrankung mit der versicherten Tätigkeit sind Anhaltspunkte für die Zuständigkeit zu dokumentieren, um etwaige spätere Erstattungsansprüche gem. § 16 Abs. 4 Satz 2 SGB IX geltend machen zu können.

Ansonsten können Erstattungsansprüche nach § 102 ff. SGB X ausscheiden.

Liegen entsprechende Anhaltspunkte vor, wird der jeweilige UV-Träger leistender Reha-Träger.

Liegen keine Anhaltspunkte vor, wird der Antrag an den zuständigen Reha-Träger innerhalb von 14 Tagen weitergeleitet.

Mit der DRV wurde hierzu für die Bereiche der medizinischen Teilhabeleistungen und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der Verfahrensabsprache ein gesondertes Vorgehen vereinbart:

Stellt sich im laufenden Teilhabeverfahren heraus, dass kein Versicherungsfall der UV bzw. keine Erkrankungsfolgen (mehr) vorliegen, bleibt der UV-Träger solange leistender Reha-Träger, bis das Teilhabeziel erreicht ist. Eine Information an den nun sachlich zuständigen Reha-Träger ist zu diesem Zeitpunkt nicht erforderlich. Folgeverordnungen und Verlängerungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sind vom Erstantrag umfasst und daher weiter vom UV-Träger zu erbringen. Es gilt der Grundsatz der Leistungskontinuität (§ 4 Abs. 2 S. 2 SGB IX).

Abweichend hiervon ergibt sich eine Neubewertung der Zuständigkeit gegenüber der betroffenen Person (im Sinne einer erneuten Zuständigkeitsklärung), wenn im Zeitpunkt der Feststellung des weiteren Reha-Bedarfes (z. B. durch Verordnung) der Abschluss der letzten Maßnahme **mindestens 2 Wochen** zurückliegt³⁶.

Ist der Unfallversicherungsträger noch kein leistender Reha-Träger und für keine der Leistungen zuständig oder kann die Ursache der Behinderung innerhalb von 14 Tagen nicht klären, so wird der entsprechende Bedarf an den ohne Kausalitätsfragen für den jeweiligen Bedarf zuständigen Reha-Träger innerhalb der Frist von 14 Tagen weitergeleitet³⁷.

Für die Zusammenarbeit der Reha-Träger untereinander ist im Übrigen auf die Inhalte im UV-Net³⁸ (<https://uv-net.dguv.de/leistungen/bundesteilhabegesetz/index.jsp>) zu verweisen.

³⁶ <https://dokcenter.dguv.de/livelink/lisapi.dll?func=ll&objId=24550729&objAction=download>

³⁷ https://intranet.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Reha-Handbuch/Beziehungen-zwischen-verschiedenen-Leistungstraegern/P/PB_Bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=15

³⁸ <https://uv-net.dguv.de/leistungen/bundesteilhabegesetz/index.jsp>

6 Begutachtung

6.1 Erforderlichkeit der Begutachtung

Der hier dargestellte Ablauf stellt den Idealfall von Begutachtungen bei COVID-19-Erkrankungen dar. Abweichungen hiervon können wegen limitierender Aspekte (zum Beispiel Gutachtermangel) zumindest vorübergehend erforderlich werden.

Die Begutachtung ist bei einer COVID-19-Erkrankung in der Regel (nur) zur Beurteilung des Folgeschadens (Long-/Post COVID bzw. Post-COVID Syndrom) und der **haftungsausfüllenden Kausalität** erforderlich (siehe Abbildung 4). Im Einzelfall kann es jedoch notwendig sein, bereits die SARS-CoV-2-Infektion bzw. die haftungsbegründende Kausalität durch ein Gutachten zu klären, beispielweise wenn kein positiver PCR-Nachweis dokumentiert ist und kein sonstiger Erregernachweis vorliegt. Zumeist aber kann die akute COVID-19-Erkrankung und die haftungsbegründende Kausalität abschließend durch die Sachbearbeitung auf Basis der DGUV-Handlungsempfehlung „Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 als Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung“ geprüft werden.

Die leistungseinschränkende Folgen einer COVID-19-Erkrankung sind durch ein Gutachten zu beurteilen, insbesondere, wenn nach Ausschöpfung aller gebotenen therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen Leistungseinschränkungen verbleiben, die eine rentenbe-

rechtigende MdE (inklusive Reha-Maßnahmen) begründen können. Auf eine Begutachtung kann nicht verzichtet werden, wenn es Hinweise auf eine anhaltende Leistungseinschränkung der versicherten Person gibt, im Falle des Abbruchs der beruflichen Wiedereingliederung, der Kürzung der Arbeitszeit oder der Umsetzung auf eine andere Arbeitsstelle. Umgekehrt erübrigt sich eine Begutachtung, wenn bei einer ausgeheilten COVID-19-Erkrankung (zum Zeitpunkt der MdE-Bewertung bei Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit) unter Alltags-Belastung keine Beschwerden angegeben werden und keine relevanten Leistungs- oder Funktionseinschränkungen erkennbar sind, wenn der Wiedereinstieg in den Beruf mit identischer Arbeitszeit sowie Arbeitsbelastung und/oder Belastbarkeit wie vor der SARS-CoV-2 Infektion gelungen ist.

Zudem ist eine Begutachtung dann durchzuführen, wenn Zweifel am Ursachenzusammenhang zwischen der akuten COVID-19-Erkrankung und dem geltend gemachten Folgeschaden bestehen. Die haftungsausfüllende Kausalität kann fraglich sein, wenn trotz therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen Beschwerden fortbestehen oder sogar im Krankheitsverlauf zunehmen oder neu hinzutreten. Am Ursachenzusammenhang können auch Zweifel bestehen, wenn ein Post-COVID-Syndrom erstmals mit großem zeitlichen Abstand zur akuten COVID-19-Erkrankung auftritt^{39; 40}.

BK-Nr. 3101	Bezogen auf COVID-19	Arbeitsunfall
Tätigkeit... • im Gesundheitsdienst • i.d. Wohlfahrtspflege • im Laboratorium oder • mit ähnlicher Infektionsgefahr		(allg.) versicherte Tätigkeit
Infektionsereignis	Aufnahme von SARS-CoV-2 in den Körper	zeitlich begrenztes äußeres Ereignis
Haftungsbegründende Kausalität		
Krankheit	COVID-19 (akut)	Gesundheitsschaden
Haftungsausfüllende Kausalität		
Folgeschaden	Long-/Post-COVID	Folgeschaden

Abb 4 Long-/Post-COVID und haftungsausfüllende Kausalität (vereinfachte Darstellung)

³⁹ Tegenthoff, M.; Drechsel-Schlund, C.; Widder, B. (2022): Neurologisch-psychiatrische Begutachtung des Post-COVID Syndroms, einzusehen unter: <https://static-content.springer.com/pdf/art%3A10.1007%2Fs00115-022-01292-4.pdf?token=1657799184035--e9aa32b0fd139e1d6b18ed8111732681ecec3f459a00b6c85cd3df484e15f4473306ac8b-d82b6a3af368bcb012557295f42380722b246c95d5c73100946e2b1>

⁴⁰ Tegenthoff, M.; Drechsel-Schlund, C.; Stegbauer, M.; Nowak, D.; Widder, B. (2022): Begutachtung häufiger Post-COVID-Syndrome in der gesetzlichen Unfallversicherung. MedSach Ausgabe 5/2022, https://intranet.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Reha-Handbuch/Berufskrankheiten/B/Begutachtung_haeufiger_PostCOVID_MedSach_05_2022.html

Die Indikation zur Begutachtung kann sich auch aufgrund der Ergebnisse einer Post-COVID Beratung, einer Post-COVID Sprechstunde oder durch einen Post-COVID Check ergeben.

6.2 Zeitpunkt der Begutachtung

Der Zeitpunkt, in dem die Begutachtung eingeleitet wird, ergibt sich aus der jeweiligen Fallkonstellation, weshalb die Begutachtung erforderlich ist.

Vor einer Begutachtung zur Feststellung des Folgeschadens und zur Mde-Bewertung sollten alle gebotenen therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen ausgeschöpft worden sein. Dies wird dem Grundsatz „Reha vor Rente“ gerecht. Nach den bisherigen Erfahrungen ist das Heilverfahren bei Post-COVID im Einzelfall sehr langwierig. Der bevorstehende Ablauf der 78. Woche löst deshalb nicht automatisch eine Rentenbegutachtung aus. Soweit ein Verletztengeldanspruch nicht aufgrund der Voraussetzungen des § 46 Abs. 3 Satz 1 SGB VII (zum Beispiel durch Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit) endet, ist eine Rentenbegutachtung im zeitlichen Zusammenhang mit dem Ablauf der 78. Woche nur dann einzuleiten, wenn objektive Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Voraussetzungen des § 46 Abs. 3 Satz 2 SGB VII erfüllt sind. Dies gilt insbesondere für die (aufgrund der aktuell kaum vorhandenen Erkenntnisse über den langfristigen Verlauf von Post-COVID) eher seltenen Fälle, in denen ärztliche Hinweise vorliegen, aus den sich ergibt, dass mit einem Eintritt der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person aufgrund der besonderen Schwere der COVID-19-Erkrankung nicht zu rechnen ist und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen sind.

Erfolgt die Begutachtung aufgrund begründeter Zweifel am Ursachenzusammenhang, so kann dies auch zeitlich vor Ausschöpfung aller therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen erfolgen.

6.3 Auswahl der Fachgebiete der Begutachtung

Soweit ein Post-COVID-Syndrom auftritt, ist die Bandbreite der klinischen Symptome sehr groß (s. Abbildung 5). Es können verschiedene Fachgebiete betroffen sein, die eine fachübergreifende, interdisziplinäre Begutachtung erfordern. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen zu Häufigkeitsverteilung der Symptome kommt insbesondere dem

neurologisch-psychiatrischen und dem pneumologisch-internistischen Fachgebiet besondere Bedeutung zu.

Im Kontext einer Begutachtung nach SGB VII stehen nach ersten Erkenntnissen das Fatigue-Syndrom, neurokognitive Störungen, psychische Störungen und die Dyspnoe im Vordergrund. Zu berücksichtigen sind aber nicht nur Folgeschäden, die unter dem Post-COVID Syndrom zusammengefasst werden. Nach einem schweren akuten Verlauf, z. B. mit Langzeit-Beatmung, können darüber hinaus auch spezifische Folgen auftreten, die wesentlich auf die intensiv-medizinische Versorgung zurückzuführen sind.

Die relevanten Fachgebiete der Begutachtung richten sich nach der jeweiligen Beschwerdesymptomatik. Mit Hilfe der PCB, einer PCS oder dem PCC können die maßgeblichen Fachgebiete der Begutachtung geklärt werden. Hilfestellung gibt auch die Checkliste COVID-19-für die Fallsteuerung (siehe Kapitel 3.2).

6.4 Begutachtungsgrundlagen einschließlich Ermittlungsergebnisse zu konkurrierenden Ursachenfaktoren

Für die Beurteilung der haftungsausfüllenden Kausalität sind vollständige Begutachtungsgrundlagen unerlässlich, vor allem Behandlungs- und Befundberichte zur akuten COVID-19-Erkrankung, zum weiteren Krankheitsverlauf einschließlich Behandlungs- und Befundberichten zu ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen und zudem auch Berichte aus dem Reha-Management über die medizinische Rehabilitation und über die berufliche Wiedereingliederung.

Bei der Zusammenhangsbegutachtung sind stets konkurrierende Ursachenfaktoren in Erwägung zu ziehen, insbesondere Vorschädigungen, eine Vorerkrankung oder eine Schadensanlage. Nach den bisherigen Erfahrungen haben beim Post-COVID-Syndrom, insbesondere Vorerkrankungen auf pneumologischem, auf kardiologischem, auf internistischem und auf dem psychischen Fachgebiet, eine hohe Relevanz. Daher sind entsprechende Vorschädigungen, die für den jeweiligen Gutachtenauftrag von Bedeutung sein können, umfassend zu ermitteln (Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse, Behandlungs- und Befundberichte der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte, Berichte zu stationären Reha-Maßnahmen usw.).

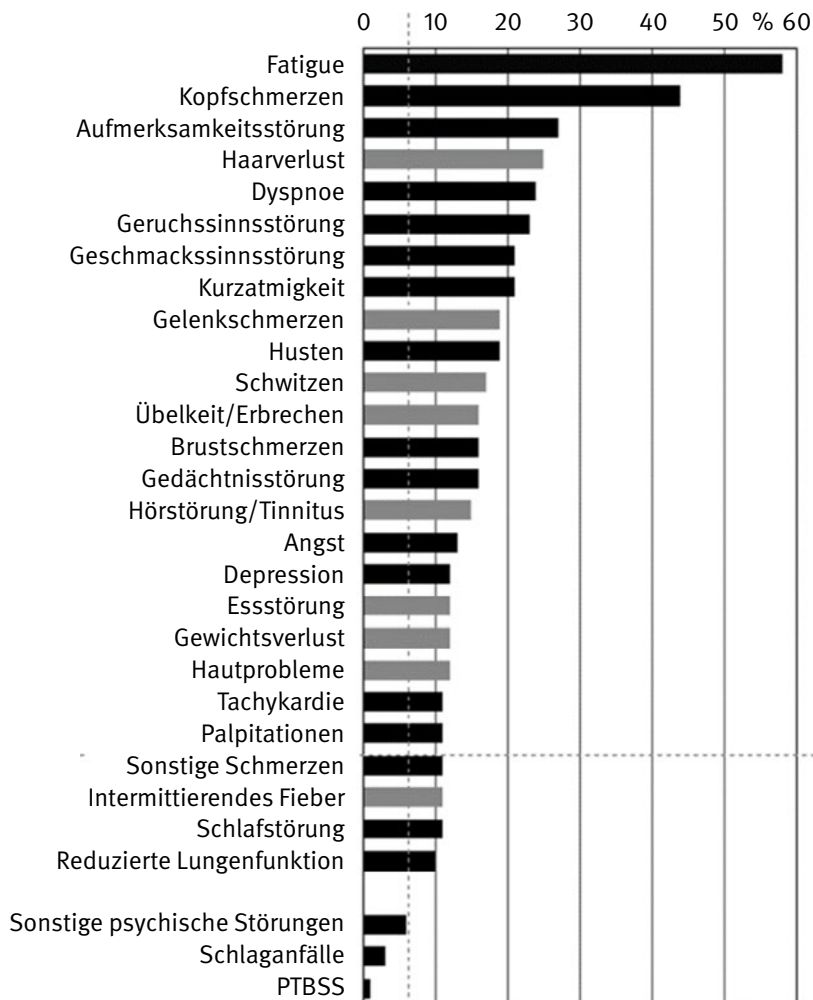


Abb. 5: Häufigkeit von Symptomen eines Post-COVID-Syndrom nach 6-12 Monaten (nach Lopez-Leon et al., 2021)

Für die Begutachtung von psychischen Folgestörungen einer akuten COVID-19-Erkrankung haben nicht nur Vorerkrankungen, sondern auch krankheitsunterhaltende, konkurrierende Faktoren aus der Lebens- und Arbeitswelt einen hohen Stellenwert. Dies gilt insbesondere bei unspezifischen Beschwerden und bei Beschwerden i. S. eines Fatigue-Syndroms. Gibt es Hinweise zu solchen krankheitsunterhaltenden Faktoren, sind diese umfassend zu ermitteln und für die Begutachtungsgrundlagen zu dokumentieren.

6.5 Gutachterausswahl – geeignete Sachverständige

Für alle Fachgebiete der Begutachtung sind geeignete Sachverständige für die Gutachterausswahl nach § 200 Abs. 2 SGB VII zu benennen (Hauptgutachter und Zusatzgutachter).

Besondere Anforderungen bestehen für die Gutachterausswahl hinsichtlich der Qualifikation zur Begutachtung des Fatigue-Syndroms. Wegen der ungeklärten Ursachen und Entstehungsmechanismen des Krankheitsbildes sowie der starken Überschneidungen mit einer Vielzahl von somatischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bedarf es einer speziellen Expertise.

Zunächst sollte das organische Fachgebiet von dem jeweiligen Sachverständigen abgeklärt werden, in dessen Fachgebiet die geklagten (Haupt-)Beschwerden fallen (z. B. HNO-Heilkunde, Kardiologie, Neurologie, Pneumologie, Rheumatologie). Sind organische Folgen ausgeschlossen, sollten für primär psychische und/oder subjektiv geklagte Beschwerden (z. B. Fatigue, kognitive Beeinträchtigungen, (Kopf-)Schmerzen, psychische Störungen) gutachtlich erfahrene Sachverständige (z. B. Zusatzqualifikation „Medizinische Begutachtung“ der Ärztekammern, Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) e.V., Zertifikat „Qualifizierung zum Medizinischen Sachverständigen cpu“), die für das entsprechende Krankheitsbild an anderer Stelle qualifiziert sind (z. B. Fatigue bei Multipler Sklerose, kognitive Störungen bei Schädel-Hirn-Traumen, psychoreaktive Störungen nach Unfällen), herangezogen werden.

6.6 Gutachtauftrag zur Zusammenhangsfrage

Für die Begutachtung von Post-COVID-Syndromen sind die gebräuchlichen Gutachtaufträge für die Zusammenhangsbegutachtung auf organischem Fachgebiet und für die Zusammenhangsbegutachtung auf psychischem Fachgebiet zu modifizieren. Entsprechende Formulierungsvorschläge der BGW stehen zur UV-Träger-internen Verwendung zur Verfügung (siehe K4296-3101 Corona GA- Auftrag organisch und K4297-3101 Corona GA-Auftrag neurologisch-psychiatrisch).

Wenn eine ambulante Begutachtung bei schwerer Ausprägung des Krankheitsbildes nach einer COVID-19-Erkrankung nicht ohne weiteres möglich ist, sollte ggfs. eine Begutachtung unter stationären Bedingungen in qualifizierten Kliniken erwogen und mit den Sachverständigen vorab abgestimmt werden. Eine Begutachtung nach Aktenlage ist bei der Beurteilung einer Fatigue als Folgeschaden nicht sinnvoll.

6.7 Abfolge der Begutachtung und fachübergreifendes Begutachtungskonsil

Eine Begutachtung auf organischem Fachgebiet hat Vorrang vor der Begutachtung auf psychischem Fachgebiet. Insbesondere bei geltend gemachter Atemnot, Müdigkeit und Abgeschlagenheit, die im Zusammenhang mit einer Dyspnoe und/oder einem Fatigue-Syndrom stehen können, sind zunächst organische Ursachen zu klären. Die jeweiligen Sachverständigen sind insoweit über alle im Einzelfall beauftragten fachgebietlichen Gutachten zu informieren.

Da sich Folgeschäden bei Post-COVID-Syndromen auf den verschiedenen Fachgebieten häufig überschneiden, ist den Sachverständigen zu empfehlen, nach Befundung und Diagnostik ein fachübergreifendes Begutachtungskonsil durchzuführen. Die zusätzliche Anforderung eines fachübergreifenden Begutachtungskonsils ist adäquat zu honorieren, um den besonderen Anforderungen einer interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Begutachtung von Long-/Post-COVID gerecht zu werden. Soweit sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Sachverständigen in der Praxis nicht realisieren lässt, sind die Empfehlungen zur Einschätzung der Gesamt-MdE zu beachten (s. Kap. 6.9.1).

6.8 Long-/Post COVID – Folgeschaden und Beweismaßstab

Das Post-COVID-Syndrom ist eine medizinische Sammelbezeichnung für eine Vielzahl von Symptomen, die nach einer akuten COVID-19-Erkrankung auftreten können. Versicherungsrechtlich ist jedes einzelne Post-COVID-Symptom mit **Vollbeweis** nachzuweisen und mit Wahrscheinlichkeit als Folgeschaden einer akuten COVID-19-Erkrankung zu belegen. Der Vollbeweis verlangt von den medizinischen Sachverständigen die medizinische Objektivierung des jeweiligen Krankheitsbildes auf dem aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse. Für den Vollbeweis sind vor allem die Anforderungen an die diagnostische Objektivierung der fachgebietlichen Krankheitsbilder entsprechend der S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID⁴¹ zu berücksichtigen. Die AWMF-Leitlinie ist insoweit limitiert, als sie therapeutischen Zielen dient und nicht für den Begutachtungskontext auf-

⁴¹ Koczulla, A.R., et al. (2021): S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), AWMF-Register Nr. 020/027, Stand 12.07.2021

gestellt wurde. Ergänzend ist die aktuellere wissenschaftlich-medizinische Literatur heranzuziehen (siehe auch: Dreßing, H.; Meyer-Lindenberg, A.: „Long-Covid“ und „Post-Covid“ in der psychiatrischen Begutachtung [2021]⁴²; Tegenthoff, M.; Drechsel-Schlund, C.; Widder, B.: Neurologisch-psychiatrische Begutachtung des Post-COVID Syndroms [2022]⁴³; Tegenthoff, M.; Drechsel-Schlund, C.; Stegbauer, M.; Nowak, D.; Widder, B.: Begutachtung häufiger Post-COVID-Syndrome in der gesetzlichen Unfallversicherung [2022]⁴⁴).

Zur Einschätzung von Symptomatik und Schweregrad der **Fatigue** werden in der AWMF-Leitlinie zum einen der differentialdiagnostische Ausschluss anderer Organ- oder psychischer Erkrankungen, zum anderen psychometrische Screeningfragen auf Depression, Schlafstörungen und Angststörung und zudem fachspezifische Kompetenzen zur Objektivierung der Funktionseinschränkung auf körperlicher, kognitiver und/oder psychischer Ebene gefordert. Selbstauskunftsinstrumente erweitern die gutachtliche Beurteilungsbasis und dienen auch der Verlaufsbearbeitung. Sie allein können jedoch keine Diagnose begründen. Im Abgleich mit anderen erhobenen Befunden dienen sie auch der Beschwerdevalidierung.

Für die Diagnosesicherung der **Dyspnoe** verlangt die AWMF-Leitlinie die Abklärung mittels Funktionstests in Ruhe (insbesondere Diffusionskapazität, Blutgasanalyse) und unter Belastung (6-Minuten-Gehtest, Ergospirometrie) sowie ggf. eine kardiale Diagnostik, eine entsprechende Bildgebung und ggf. auch eine Pleurasonographie.

Die diagnostische Objektivierung **neurokognitiver Störungen** hinsichtlich Symptomatik und Schweregrad setzt nach der AWMF-Leitlinie eine neuropsychologische Untersuchung bezüglich der Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnisses, Sprache/Wortfindung und des planerischen Denkens mit differenzierter neuropsychologischer Testdiagnostik voraus.

Die Diagnosesicherung einer **Geruchs- und/oder Geschmacksstörung** darf nicht allein aufgrund der subjektiven Beschwerdeangaben erfolgen, sondern verlangt den Einsatz von standardisierten Riechtests (z. B. sniffin‘ sticks). In unklaren Fällen ist auch eine Objektivierung mittels olfaktorisch und gustatorisch evozierter Potenziale möglich. Für den Bereich der psychischen und somatoformen Störungen als Folgeschäden einer COVID-19-Erkrankung sind von den Sachverständigen für die Sicherung der jeweiligen Diagnosen (Vollbeweis) zudem die AWMF-Leitlinien S2 k-Leitlinie Begutachtung psychischer-psychosomatischer Störungen⁴⁵ und S2 k-Leitlinie Schmerzbegutachtung⁴⁶ zu berücksichtigen.

6.9 Kausalitätsbeurteilung und Beweismaßstab

Für die Kausalitätsbeurteilung gelten die allgemeinen Anforderungen, wie sie in der Publikation Grundlagen der Begutachtung von Arbeitsunfällen – Erläuterungen für Sachverständige –⁴⁷ ausgeführt sind. Der Ursachenzusammenhang ist in zwei Schritten zu prüfen. Erst ist die „naturwissenschaftlich-philosophische“ Kausalität festzustellen (1. Stufe der Prüfung des Ursachenzusammenhangs), bevor zu entscheiden ist, ob die Ursache nach der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung dem versicherten Risiko zugerechnet werden kann (2. Stufe der Prüfung des Ursachenzusammenhangs). Für die Beurteilung der haftungsausfüllenden Kausalität genügt als Beweismaßstab die hinreichende Wahrscheinlichkeit.

Der „naturwissenschaftlich-philosophische“ Ursachenzusammenhang zwischen einer akuten COVID-19-Erkrankung und einem Folgeschaden ist nach wie vor problematisch zu beurteilen, weil der Pathomechanismus aktuell nicht aufgeklärt ist. Diskutiert und erforscht werden andauernde Entzündungsreaktionen, Autoimmunreaktionen, Gefäßveränderungen und das fortbestehende Vorhandensein von Virusbestandteilen, sowie mögliche

⁴² Einzusehen unter: <https://www.medsach.de/originalbeitraege/hdressing-meyer-lindenberg-long-covid-und-post-covid-der-psychiatrischen>

⁴³ Einzusehen unter: <https://static-content.springer.com/pdf/art%3A10.1007%2Fs00115-022-01292-4.pdf?token=1657799184035--e9aa32b0f-d139e1d6b18ed811732681ec3f459a00b6c85cd3df484e15f4473306ac8bd82b6a3af368bcb012557295f42380722b246c95d5c73100946e2b1>

⁴⁴ MedSach Ausgabe 5/2022, https://intranet.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Reha-Handbuch/Berufskrankheiten/B/Begutachtung_haeufiger_PostCOVID_MedSach_05_2022.html

⁴⁵ Einzusehen unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-029l_S2k_Begutachtung-psychischer-psychosomatischer-Stoerungen_2019-12_01.pdf

⁴⁶ Einzusehen unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/094-003l_S2k_Schmerzbegutachtung_2018-01.pdf

⁴⁷ <https://publikationen.dguv.de/widgts/pdf/download/article/3057>

psychosomatische Komponenten. Ein konsentierter Nachweis konkreter pathophysiologischer Ursachen steht jedoch bislang aus.

Von daher kann grundsätzlich nicht damit argumentiert werden, dass vor der akuten COVID-19-Erkrankung entsprechende Symptome noch nicht vorgelegen haben und deshalb der Folgeschaden ohne Weiteres auf die SARS-CoV-2 Infektion zurückzuführen ist. Der „naturwissenschaftlich-philosophische“ Ursachenzusammenhang ist vielmehr positiv festzustellen und **Aufgabe der Sachverständigen**. Hinweise zum wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisstand zu Ursache-Wirkungszusammenhängen sind der aktuellen Literatur zu entnehmen (siehe u.a.: Dreßing, H.; Meyer-Lindenberg, A.: „Long-Covid“ und „Post-Covid“ in der psychiatrischen Begutachtung [2021]⁴⁸; Tegenthoff, M.; Drechsel-Schlund, C.; Widder, B.: Neurologisch-psychiatrische Begutachtung des Post-COVID Syndroms [2022]⁴⁹; Tegenthoff, M.; Drechsel-Schlund, C.; Stegbauer, M.; Nowak, D.; Widder, B.: Begutachtung häufiger Post-COVID-Syndrome in der gesetzlichen Unfallversicherung [2022]⁵⁰).

Die haftungsausfüllende Kausalität kann bei einem Folgeschaden nach einer akuten COVID-19-Erkrankung unmittelbar gegeben sein, wenn das Post-COVID-Symptom aus dem Gesundheitserstschaden resultiert, zum Beispiel im Falle einer nach der primären Lungenerkrankung verbliebenen Lungenfunktionsstörung. Ein Ursachenzusammenhang ist zudem aufgrund der Behandlungsmaßnahmen der akuten COVID-19-Erkrankung vorstellbar, wenn der Folgeschaden auf der initialen intensivmedizinischen Versorgung beruht, etwa ein Pneumothorax nach einer invasiven Beatmung. Schließlich kann die haftungsausfüllende Kausalität auch durch eine psychische Reaktion auf die akute COVID-19-Erkrankung bzw. den weiteren Krankheitsverlauf bedingt sein.

Für die Kausalitätsdiskussion können die allgemeingültigen Kriterien herangezogen werden. Übertragen auf die haftungsausfüllende Kausalität bei einer COVID-19-Erkrankung sind dies: die Virus-Variante bzw. der Zeitpunkt der SARS-CoV-2 Infektion, die Schwere der Akuterkrankung (Erstsymptomatik und Folgesymptomatik), der weitere

Krankheitsverlauf einschließlich der Beeinflussbarkeit durch therapeutische und rehabilitative Maßnahmen und die Art und Ausprägung des zu beurteilenden Folgeschadens (Post-COVID Syndrom).

In die Kausalitätsbeurteilung müssen stets konkurrierende Ursachenfaktoren, insbesondere Vorschädigungen, eine Vorerkrankung oder eine Schadensanlage, Eingang finden. Für das Post-COVID-Syndrom sind **Vorerkrankungen auf organischem Fachgebiet** (u.a. Pneumologie, Kardiologie, Innere Medizin) und auf dem psychischen Fachgebiet von hoher Bedeutung. Zu diskutieren sind bei Vorerkrankungen auch mögliche Verschlimmerungen durch die akute COVID-19-Erkrankung, die ihrer Natur nach vorübergehend oder seltener dauernd sein können und zudem unter dem Aspekt der Abgrenzbarkeit der Verschlimmerung zu prüfen sind. Zum Beispiel ist bei Vorerkrankungen auf pneumologischem Fachgebiet im Bereich der unteren Atemwege (u.a. Asthma, COPD) für die haftungsausfüllende Kausalität gutachterlich zu klären, ob es sich bei einem Post-COVID-Syndrom, das sich auf die Lungenfunktion auswirkt, um eine abgrenzbare oder nicht abgrenzbare Verschlimmerung handelt.

Wenn derartige Vorerkrankungen nachweislich vorliegen und nicht abgrenzbar sind, ist es zudem **Aufgabe der Sachverständigen** den Mitwirkungsanteil zu quantifizieren, der auf die akute COVID-19-Erkrankung (Gesundheits-erstschaden) und auf die Vorerkrankung andererseits entfällt. Die Quantifizierung der Mitwirkungsanteile ist Grundlage für die Zurechnung nach der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung. Kann ein eindeutiges Überwiegen von Vorerkrankung oder akuter COVID-19-Erkrankung nicht festgestellt werden, sind beide Ursachen als gleichwertig zu bewerten. Dies genügt für die Anerkennung des jeweiligen Post-COVID-Symptoms als Folgeschaden. Die Beurteilung der haftungsausfüllenden Kausalität nach der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung ist **Aufgabe des UV-Trägers**.

Besonderheit ist bei der **Prüfung von psychischen Störungen als Folgeschaden**, dass nicht nur eine Vorerkrankung oder eine Schadensanlage, sondern auch andere konkurrierende Ursachen in Betracht zu ziehen sind. Bei

⁴⁸ Einzusehen unter: <https://www.medsach.de/originalbeitraege/hdressing-meyer-lindenberg-long-covid-und-post-covid-der-psychiatrischen>

⁴⁹ Einzusehen unter: <https://static-content.springer.com/pdf/art%3A10.1007%2Fs00115-022-01292-4.pdf?token=1657799184035--e9aa32b0fd139e1d6b18ed811732681ecec3f459a00b6c85cd3df484e15f4473306ac8bd82b6a3af368bcbc012557295f42380722b246c95d5c73100946e2b1>

⁵⁰ MedSach Ausgabe 5/2022, https://intranet.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Reha-Handbuch/Berufskrankheiten/B/Begutachtung_haeufiger_PostCOVID_MedSach_05_2022.html

psychischen Störungen sind häufig **krankheitsunterhaltende Kofaktoren** aus der Lebens- und Arbeitswelt (z. B. Belastungssituationen am Arbeitsplatz, Wunsch nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben) bedeutsam, die den Ursachenzusammenhang mit dem versicherten Risiko in den Hintergrund drängen können. Bei der Diskussion eines in das psychische Fachgebiet fallenden Post-COVID Symptoms als Folgeschaden einer akuten COVID-19-Erkrankung ist von den Sachverständigen zu erwarten, dass sie sich bei der Beurteilung der haftungsausfüllenden Kausalität an der S2 k-Leitlinie Begutachtung psychischer- psychosomatischer Störungen⁵¹ der AWMF orientieren.

6.9.1 MdE-Bewertung des Folgeschadens und Gesamt-MdE

Das jeweilige Post-COVID Symptom ist als Folgeschaden von den Sachverständigen nach Art und Ausprägung (Schweregrad) zu konkretisieren. Diese Anforderung besteht auch für die Feststellung als BK-Folge bzw. als Unfallfolge, wenn die BK-Nr. 3101 nicht einschlägig ist. Art und Ausprägung des Folgeschadens sind vor allem Grundlage für die MdE-Einschätzung. Mangels konsentierter MdE-Empfehlungen zu Post-COVID Symptomen orientiert sich die MdE-Einschätzung derzeit für den jeweiligen Folgeschaden an den Empfehlungen der medizinischen Fachgebiete, wie sie in den fachgebietlichen Standardwerken zur Begutachtung enthalten sind.

Beispielsweise kann für ein Post-COVID Symptom als **Folgeschaden auf pneumologischen Fachgebiet** für die MdE-Einschätzung der Einschränkungen der Lungenfunktion auf die MdE-Tabellen der BK-Begutachtungsempfehlungen der Lunge zurückgegriffen werden (Falkensteiner Empfehlung, Bochumer Empfehlung, Bad Reichenhaller Empfehlung). In ähnlicher Weise können für objektivierte **neurokognitive Störungen als Folgeschaden** einer COVID-19-Erkrankung Anleihen bei den MdE-Empfehlungen zu Folgen von Schädel-Hirnverletzungen bzw. zu hirnorganischen Psychosyndromen genommen werden.

Die **MdE-Einschätzung des Fatigue-Syndroms** sollte die Art der festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen, alle Dimensionen und deren Ausprägung/Schweregrad berücksichtigen: psychisch emotionale Funktionsbeeinträchtigungen, sozial kommunikative Funktionsbeeinträchtigungen und die körperlich funktionellen Funktionsbeeinträchtigungen⁵². Vergleichbares gilt für die **MdE-Einschätzung von psychischen Folgen** als Folgeschaden. Orientierung geben die MdE-Empfehlungen in der S2 k-Leitlinie Begutachtung psychischer-psychosomatischer Störungen der AWMF.

Nach **Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns** (Anosmie/Ageusie) als singuläre Folge einer COVID-19-Erkrankung kann für die MdE-Einschätzung unter Umständen auf die Einholung eines HNO-ärztlichen oder neurologischen Gutachtens verzichtet werden. Spätestens nach einem Jahr ist bei diagnostisch gesicherter Anosmie bzw. Ageusie in der Regel keine Erholung mehr zu erwarten. Hier kann auf vorhandene Erfahrungswerte zur MdE-Bewertung zurückgegriffen werden: Eine vorläufige MdE von 20 v.H. sollte bei gesicherten Fällen (mit klaren Verläufen) von vollständigem Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns in der Regel ohne Begutachtung gewährt werden. Wenn weitere Behandlungsoptionen bestehen, sollte eine abschließende Beurteilung der dauerhaften MdE nach weiteren 6 Monaten stattfinden. Der gesicherte Teilverlust von Geruchssinn (Hyposmie) und/ oder Geschmackssinn ist nur gemeinsam mit anderen Funktionsstörungen rentenrelevant^{53; 54}.

Da sich Folgeschäden bei Post-COVID-Syndromen auf den verschiedenen Fachgebieten häufig überschneiden, ist idealerweise eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Sachverständigen und speziell für die Einschätzung der Gesamt-MdE ein fachübergreifendes Begutachtungskonsil anzustreben. Soweit diese Anforderung in der Praxis nicht realisierbar ist, werden mit der **Einschätzung der Gesamt-MdE** die Sachverständigen beauftragt, in deren Fachgebiet der Folgeschaden mit der stärksten Funktionsbeeinträchtigung liegt (häufig als „Hauptgutachter“

⁵¹ Einzusehen unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-029l_S2k_Begutachtung-psychischer-psychosomatischer-Stoerungen_2019-12_01.pdf

⁵² siehe Philipp M (2015): Vorschlag zur diagnoseunabhängigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Med Sach 2015;111:255–262, abgedruckt in der S2k-Leitlinie Schmerzbeurteilung der AWMF unter 4.3.2

⁵³ Tegenthoff M, Drechsel-Schlund C, Widder B (2022): Neurologisch-psychiatrische Begutachtung des Post-COVID Syndroms, einzusehen unter: <https://static-content.springer.com/pdf/art%3A10.1007%2F00115-022-01292-4.pdf?token=1657799184035--e9aa32b0fd139e1d6b18ed8111732681ecec3f459a00b6c85cd3df484e15f4473306ac8bd82b6a3af368bcb012557295f42380722b246c95d5c73100946e2b1>

⁵⁴ Tegenthoff, M.; Drechsel-Schlund, C.; Stegbauer, M.; Nowak, D.; Widder, B. (2022): Begutachtung häufiger Post-COVID-Syndrome in der gesetzlichen Unfallversicherung. MedSach Ausgabe 5/2022, https://intranet.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Reha-Handbuch/Berufskrankheiten/B/Begutachtung_haeufiger_PostCOVID_MedSach_05_2022.html

bezeichnet). Die Einschätzung der Gesamt-MdE erfolgt im Wege der sog. integrierenden Gesamtschau⁵⁵. Die getroffene Einschätzung der Gesamt-MdE ist ggf. über beratende Ärzte zu plausibilisieren. Bei abweichenden beratungsärztlichen Bewertungen ist vor der Entscheidung gegenüber der versicherten Person eine Abstimmung mit dem Hauptgutachter vorzunehmen, damit die Gutachterauswahl nicht ausgehebelt wird.

6.9.2 Nachbegutachtung

Im Hinblick auf die Neuartigkeit der COVID-19-Erkrankung und möglicher Folgeschäden ist in einem angemessenen Zeitraum, in jedem Falle vor dem Eintritt der Rente auf unbestimmte Zeit, regelhaft eine Nachbegutachtung durchzuführen. Die Nachbegutachtung erlaubt eine Überprüfung des (fortschreitenden) medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu Ursache- Wirkungszusammenhängen und kann bei Veränderungen des Krankheitsbildes zu einer Feststellung einer wesentlichen Änderung (auch im Sinne eines Besserungsnachweises) bzw. zu einer Festsetzung nach § 62 Abs. 2 SGB VII führen.

6.10 Qualitätssicherung von Zusammenhangsgutachten COVID-19

Erste Erfahrungen zeigen, dass die Qualität von Zusammenhangsgutachten zur Beurteilung von Folgeschäden nach COVID-19-Erkrankungen nicht durchgehend den versicherungsrechtlichen Anforderungen nach SGB VII gerecht wird. Dies gilt insbesondere, wenn ein Fatigue-Syndrom, neurokognitive Störungen sowie psychische Störungen als Folgeschaden zu beurteilen sind. Insoweit erscheint geboten, geeignete Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Gutachten durchzuführen, ggf. auch beratende Ärzte bei der Auswertung von Gutachten einzubinden. Um die Qualität der Gutachten optimieren zu können, sollten bei unklaren Punkten immer Rückfragen an die Sachverständigen adressiert werden. Typische Mängel in Zusammenhangsgutachten zu COVID-19-Folgeschäden sollten von Zeit zu Zeit im Erfahrungsaustausch erhoben werden und die jeweiligen Kritikpunkte für Schulungen der Sachverständigen und der Sachbearbeitung eingesetzt werden.

⁵⁵ siehe Publikation Grundlagen der Begutachtung von Arbeitsunfällen – Erläuterungen für Sachverständige – <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3057>

Anhang

- Checkliste COVID-19
- Tabelle 6: Mögliche Diagnostische Maßnahmen bei Versicherten mit COVID-19-Erkrankungsfolgen
- Formular K1186
- Formular K1187
- Formular K1188
- Formular K4295
- Formular K4296
- Formular K4297
- Formular K4298
- Formular K0080

Checkliste COVID-19

Erkrankungsschwere (Akutbehandlung)		
		Schweregrad
Intensivmedizinisch Beatmungspflichtig ECMO (extrakorporale Membranoxygenierung)	Dauer:	
Stationär (Normalstation)	Dauer:	, ggf.
Ambulant	Dauer:	oder
Keine Akutbehandlung		, ggf.

Erkrankungsdauer

Erkrankt / infiziert am
(erste Symptome oder pos. PCR-Test):

Arbeitsunfähig seit:

Arbeitsfähig seit:

Wiedererkrankt seit:

Weiter behandlungsbedürftig:

Nein

Ja

Bekanntes Diagnosen nach COVID-19-Erkrankung

Erkrankungen...

Diagnosen:

... der Lunge

... des Herzens

... der Nerven

... der Psyche

... der Haut/Haare

... des Geschmacks- und Geruchssinns

Bekanntes Vorerkrankungen: (insbesondere chronische Lungenerkrankungen, Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufsystem, chronische Nieren- oder Lebererkrankung, Trisomie 21, Krebserkrankungen, geschwächtes Immunsystem, Adipositas, Nikotin-Abusus)

Aktuell bestehende Symptome

→ In der Regel: ■ , bei sehr geringfügigen Symptomen: ■ , schwere Symptome sind mit ■ gekennzeichnet

Pulmologie (Atemwege)

Atemnot in Ruhe / Kurzatmigkeit bei geringer Belastung (geringe Wege z.B. zur Toilette) ■
 Belastungsluftnot (Frage: wie viele Treppenstufen schaffen Sie? Nur 1–2 Stockwerke: ■)
 Husten
 Überempfindlichkeit (Hyperreagibilität) der Bronchien

Kardiologie (Herz-Kreislaufsystem)

Belastungsluftnot ■ Bluthochdruck Thorakaler Druck	Herzrasen Erhöhter Puls
--	----------------------------

Internistisch (gastroenterologisch, nephrologisch)

Übelkeit/Erbrechen Durchfall Appetitlosigkeit abdominelle Schmerzen	Müdigkeit Ödeme Gewichtsschwankungen/Gewichtsverlust
--	--

Neurologisch (Nervensystem)

Muskel und Gliederschmerzen Kopfschmerzen/Migräne Schwindel Bewusstseinsstörungen (Verwirrtheit) Konzentrationsstörungen	Gedächtnisstörungen Sprachstörungen Ausgeprägte Müdigkeit Intermittierende/spontane Erschöpfungsphasen
--	---

Geruchs- und Geschmacksstörungen (aktuell!)

Geruchsverlust Geschmacksverlust	Andere Störungen des Geschmacks – oder Geruchsinns:
-------------------------------------	---

Psychologisch

Angst- /Panikattacken (nach COVID-19) Schlafstörungen Depressive Verstimmung	Antriebslosigkeit Gewichtsverlust
--	--------------------------------------

Haut und Haare

Durchblutungsstörungen (z.B. an den Körperspitzen/Frostbeulen, Gangrän)	Hautausschläge Starker Haarausfall
---	---------------------------------------

Sonstige Beschwerden

Tabelle 6: Übersicht über die Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie nach AWMF-Leitlinie

Fachrichtung	Empfehlung der AWMF-Leitlinie	
	Diagnostik	Therapie
Allgemeinmedizin	Ausführliche Anamnese, körperliche Untersuchung einschl. neurologischem, psychischem und funktionellem Status, Basisdiagnostik im Labor	Symptomorientierte Therapie, psychosomatische Grundversorgung, psychosoziale Betreuung, ggf. Heilmittelversorgung
Fatigue	Ausführliche Anamnese, psychometrische Selbstauskunftsinstrumente (z. B. Fatigue Skala, Fatigue Severity Scale, etc.), differenzialdiagnostischer Ausschluss anderer Organ- oder psychischer Erkrankungen, Labordiagnostik, Orthostatetest	Bisher keine kausale Therapie bekannt. Ansätze: Förderung des Schlafs, Schmerztherapie, Kreislaufsupport, Stressreduktion, Entspannung, Stärkung von persönlichen Ressourcen, kontrollierte Anleitung zu körperlicher Aktivität, Training der kognitiven Leistungsfähigkeit, psychotherapeutische bzw. -pharmakologische Behandlung, ggf. Heilmittelversorgung
Dermatologie	Fachspezifische dermatologische und ggf. auch rheumatologische Abklärung	Symptomorientierte Therapie, ggf. psychosomatische Mitbetreuung, über die zu erwartende vollständige Remission der Hautveränderungen und des Haarverlusts aufklären
HNO	Standardisierte Kurzfragebögen, psychophysische Riechtests	i.d.R. keine Behandlungsbedürftigkeit, Riechstörungen zeigen meist eine Spontanremission. Bei Persistenz über 3 Monaten: gezielte Abklärung und strukturiertes Riechtraining
Kardiologie	Wenn in der Akutphase kardiovaskuläre Komplikationen auftraten: EKG einschl. Laborchemische Untersuchung, bei persistierenden Symptomen ggf. Belastungs-EKG	Symptomorientierte Therapie, ggf. pharmakologische Therapie, ggf. Antikoagulationstherapie, langsam steigendes kardiales Ausdauertraining
Neurologie	Kognitive Defizite: neurologische Untersuchung inkl. Montreal Cognitive Assessment Test, neuropsychologische Diagnostik bei Auffälligkeiten; Persistierende neurologische Symptome: Untersuchung von Serum und ggf. auch Liquor auf ZNS-Antikörper	Physio-/Ergotherapie, neuropsychologische sowie sozialpädagogische Unterstützung, ggf. ambulante oder stationäre Neurorehabilitation
Pneumologie	Funktionstests in Ruhe (Diffusionskapazität, Blutgasanalyse) und unter Belastung (6-Minuten-Geh-test, Ergospirometrie), ggf. Röntgenuntersuchung, bei Auffälligkeiten: Thorax-CT, ggf. kardiologische Diagnostik	Symptomorientierte Therapie, unterstützende Atem- und Physiotherapie
Psychologie	Screeningfragen, validierte Screeninginstrumente (z. B. FSS, PHQ, GAD)	Gewährung von ausreichend Zeit zur Regeneration, psychotherapeutische Behandlung, ggf. psychopharmakologische Mitbehandlung, stat. Akutbehandlung, stat. Rehabilitation, Selbsthilfegruppen

Formular K1186



Nicht nachsenden. Bei Umzug mit neuer Anschrift zurück
BGW

Ihr Zeichen IZ1
Ihre Nachricht vom IN1
Unser Zeichen RABELEG
(Bitte stets angeben)
Ansprechperson BEARB_NAME
Durchwahl DIKTZ
Fax-Durchwahl

20.08.2019

Coronavirus-Kontakt

ANREDE,

wir haben über den Durchgangsarztbericht erfahren, dass Sie im Rahmen Ihrer versicherten Tätigkeit direkten Kontakt mit einer Person hatten, die wahrscheinlich oder bestätigt mit SARS-CoV-2 infiziert war.

Das Testergebnis ist uns noch nicht bekannt.

Wir hoffen, es geht Ihnen gut.

Der Arzt wird uns über das Laborergebnis (SARS-CoV-2-Infektion bestätigt/nicht bestätigt?) informieren.

Da der Krankheitsverlauf in der überwiegenden Anzahl der Erkrankungsfälle symptomlos, milde bis moderat abläuft, ist eine Unterstützung unsererseits oftmals nicht notwendig.

Sollte die Erkrankung jedoch schwer verlaufen (Arbeitsunfähigkeit über die Lohnfortzahlung hinaus, stationäre Behandlung, bleibende Gesundheitsstörungen), sind wir als Ansprechpartner für Sie da.

Bitte informieren Sie uns in diesem Falle.

Wir beraten Sie gerne und prüfen mögliche Leistungsansprüche.

Vielen Dank.

Bitte wenden!

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperschaft des
öffentlichen Rechts

Tel:
Fax:

Sie erreichen uns am besten:
Mo.-Do. 7.30 - 16.00 Uhr
Fr. 7.30 - 14.30 Uhr
www.bgw-online.de

IBAN:
BIC:

K1186 / 1-2 (02/21)

Seite 2 von 2 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG

Mit freundlichen Grüßen

Ihre BGW

Datenschutzhinweis:

Die BGW verarbeitet personenbezogene Daten/Sozialdaten, sofern dies zur Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich ist. Unsere gesetzlichen Aufgaben ergeben sich aus § 199 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch (SGB VII) sowie aus den weiteren Büchern des SGB. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten/Sozialdaten durch die BGW ist Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung i.V.m. den jeweiligen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs (SGB). Weitere Informationen zum Datenschutz enthält die Datenschutzerklärung der BGW auf www.bgw-online.de.

Formular K1187



Nicht nachsenden. Bei Umzug mit neuer Anschrift zurück:
BGW

Ihr Zeichen IZ1
Ihre Nachricht vom IN1
Unser Zeichen RABELEG
(Bitte stets angeben)
Ansprechperson BEARB_NAME
Durchwahl DIKTZ
Fax-Durchwahl

20.08.2019

Coronavirus-Kontakt

ANREDE,

wir haben über den Durchgangsarztbericht erfahren, dass Sie im Rahmen Ihrer versicherten Tätigkeit direkten Kontakt mit einer Person hatten, die wahrscheinlich oder bestätigt mit SARS-CoV-2 infiziert war.

Ihr Testergebnis war positiv. Damit wurde bei Ihnen eine SARS-CoV-2-Infektion bestätigt.

Wir hoffen, es geht Ihnen gut.

Sollte Ihre Erkrankung ausgeheilt sein, brauchen Sie sich nicht bei uns zurück zu melden.

Sollten Sie aufgrund der Erkrankung arbeitsunfähig sein oder noch Beschwerden haben **und sich deshalb** in ärztlicher Behandlung befinden, senden Sie uns bitte den beigefügten Fragebogen ausgefüllt zurück.

Bitte übersenden Sie uns, falls vorhanden, Kopien Ihnen vorliegender Arztberichte. Ihr behandelnder Arzt kann sich ebenfalls gerne mit uns in Verbindung setzen.

Sofern erst im weiteren Verlauf Beschwerden auftreten, können Sie sich ebenfalls gerne an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre BGW

Bitte wenden!

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperschaft des
öffentlichen Rechts

Tel:
Fax:

Sie erreichen uns am besten:
Mo.-Do. 7.30 - 16.00 Uhr
Fr. 7.30 - 14.30 Uhr
www.bgw-online.de

IBAN:
BIC:

K1187 / 1-3 (04/22)

Seite 2 von 3 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG

Datenschutzhinweis:

Die BGW verarbeitet personenbezogene Daten/Sozialdaten, sofern dies zur Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich ist. Unsere gesetzlichen Aufgaben ergeben sich aus § 199 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch (SGB VII) sowie aus den weiteren Büchern des SGB. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten/Sozialdaten durch die BGW ist Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung i.V.m. den jeweiligen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs (SGB). Weitere Informationen zum Datenschutz enthält die Datenschutzerklärung der BGW auf www.bgw-online.de.

Seite 3 von 3 zum Schreiben vom 20.08.2019
 Unser Zeichen: RABELEG



SARS-CoV2 Infektion

Datum: _____

1. Welche Gesundheitsbeschwerden liegen aktuell vor?	_____
2. Stehen Sie aufgrund der Beschwerden in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.1 Wo stehen Sie in ärztlicher Behandlung? Bitte teilen Sie uns Namen und Anschrift mit.	_____ _____ _____
3. Befinden bzw. befanden Sie sich aufgrund der Covid-19 Erkrankung oder der Beschwerden in einer stationären Reha-Maßnahme oder ist eine solche, z. B. durch die Rentenversicherung geplant? Falls ja: In welchem Zeitraum und in welcher Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Ja von _____ bis _____ Einrichtung: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
4. Besteht bzw. bestand Arbeitsunfähigkeit? Falls ja: In welchem Zeitraum?	<input type="checkbox"/> Ja von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Nein
5. Wann lag das positive PCR-Testergebnis vor?	_____

Bitte übersenden Sie uns, falls vorhanden, Kopien Ihnen vorliegender Arztberichte sowie den positiven Testbefund Ihrer SARS-CoV-2 Infektion.

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Formular K1188



Nicht nachsenden. Bei Umzug mit neuer Anschrift zurück
BGW

Ihr Zeichen IZ1
Ihre Nachricht vom IN1
Unser Zeichen RABELEG
(Bitte stets angeben)
Ansprechperson BEARB_NAME
Durchwahl DIKTZ
Fax-Durchwahl

20.08.2019

ANREDE,

wir haben erfahren, dass bei Ihnen eine SARS-CoV-2-Infektion bestätigt wurde.

Wir hoffen, es geht Ihnen gut.

Für die Ermittlung, ob es sich bei dieser Infektion um eine Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Berufskrankheiten-Liste handelt, möchten wir Sie bitten, die beiliegenden Fragebögen ausgefüllt zurückzusenden.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre BGW

Datenschutzhinweis:

Die BGW verarbeitet personenbezogene Daten/Sozialdaten, sofern dies zur Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich ist. Unsere gesetzlichen Aufgaben ergeben sich aus § 199 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch (SGB VII) sowie aus den weiteren Büchern des SGB. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten/Sozialdaten durch die BGW ist Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung i.V.m. den jeweiligen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs (SGB). Weitere Informationen zum Datenschutz enthält die Datenschutzerklärung der BGW auf www.bgw-online.de.

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperschaft des
öffentlichen Rechts

Tel:
Fax:

Sie erreichen uns am besten:
Mo.-Do. 7.30 - 16.00 Uhr
Fr. 7.30 - 14.30 Uhr
www.bgw-online.de

IBAN:
BIC:

K1188 / 1-6 (04/22)

Fragebogen

Name, Vorname	Geburtsdatum
früherer Name /Namen	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon (mit Vorwahl)
Rentenversicherungsnummer	
1.1 Welche Tätigkeit üben Sie aus?	(Bezeichnung, seit wann)
1.2 In welchem Unternehmensteil sind Sie tätig?	
1.3 Gab es in Ihrem Betrieb ein Ausbruchsgeschehen bzgl. SARS-CoV 2 Infektionen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
1.4 Sind Sie in folgenden Bereichen tätig bzw. führen Sie nachfolgende Tätigkeiten aus: Arbeitsbereich - in Klinik-Abteilungen, in denen Patienten mit SARS-CoV-2-Infektion behandelt werden (z.B. Infektionsstationen) - in ambulanten oder stationären Untersuchungseinheiten für SARS-CoV-2-Infektion - in intensivmedizinischen Behandlungseinheiten, - in Notaufnahmen - in Laboren, die Abstriche auf SARS-CoV-2 untersuchen	<input type="checkbox"/> JA (bitte benennen) - weiter bei 2.1 <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> NEIN - weiter bei 1.5

Seite 3 von 6 zum Schreiben vom 20.08.2019
 Unser Zeichen: RABELEG

Eingriffe, die zur Aerosolbildung führen: Tätigkeiten <ul style="list-style-type: none"> - bei der Intubation, - bei der Bronchoskopie, Gastroskopie - Kehlkopfspiegelungen - bei der Provokation von Hustenreiz (z.B. bei Nasen-Rachen-Abstrichen) - bei der Betreuung von Hochrisikogruppen (z.B. Menschen aus Ländern mit hoher Inzidenz), - bei der Betreuung von Menschen, die Kontaktsperren und Distanzgebote nicht einhalten oder nicht einhalten können (z.B. WfbM, Kita) - bei der Pflege oder vergleichbaren Tätigkeiten in der klinischen Geriatrie mit engem Kontakt bei einem hohen Anteil pflegebedürftiger Personen 					
1.5. Hatten Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit direkten Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person? (Ein direkter Kontakt ist insbesondere bei pflegerischen Tätigkeiten an der Indexperson, der körperlichen Untersuchung oder bei Umgang mit Atemwegssekret/ Körperflüssigkeiten gegeben.)					<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
am / von-bis	Initialen der Kontaktpersonen	Geburtsdatum	Wohnort, PLZ der Kontaktpersonen	bei folgender Tätigkeit	
a)					
b)					
c)					
Wir sind verpflichtet, Patientendaten zu schützen. Geben Sie deshalb nur die Anfangsbuchstaben des Patienten an. Eventuell haben das Gesundheitsamt oder wir weitere Fragen. Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie deshalb, den vollständigen Namen des Patienten in Ihren Unterlagen festzuhalten.					

Seite 4 von 6 zum Schreiben vom 20.08.2019
 Unser Zeichen: RABELEG



<p>2.1. Wann wurde Ihre SARS-CoV-2-Infektion bestätigt? (Bitte Testergebnis/ Quarantänebescheinigung beifügen) Falls nicht, teilen Sie uns bitte mit, wer die Testungen Ihres Abstrichs veranlasst hatte. Bitte geben Sie uns den Namen und die Adresse an.</p>	
<p>2.2. Wann sind bei Ihnen die ersten Krankheitssymptome aufgetreten?</p>	
<p>2.3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen vor der Infektion/Erkrankung im Urlaub, bzw. hatten Sie sich im Ausland aufgehalten? Wenn ja, in welchem Land, in welcher Region?</p>	<p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA: _____ _____</p>
<p>3.1. Liegen Infektionen in Ihrem familiären/ privaten Umfeld vor? Falls ja, bitte Angabe des Verwandtschaftsverhältnisses/ Ehegatte bzw. Art d. privaten Kontaktes</p>	<p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gleicher Haushalt <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p>
<p>3.1.1. War die Infektion vor oder nach Ihrer eigenen Infektion eingetreten (Bitte das Datum des pos. Testergebnisses und der ersten Krankheitsanzeichen angeben)? Falls Testergebnisse bzw. Quarantänebescheinigungen vorliegen, bitten wir diese zu übersenden.</p>	
<p>3.2. Haben Sie in den 14 Tagen vor einer Infektion/Erkrankung an Großveranstaltungen teilgenommen? (z.B. Fußballspiele, Karneval, Feiern, Familienfeste, Konzerte)</p>	<p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA: _____ _____</p>

Bitte wenden!
 K1188 / 4-6 (04/22)

Seite 5 von 6 zum Schreiben vom 20.08.2019
 Unser Zeichen: RABELEG

<p>4.1. Bei welchen Ärzten sind/waren Sie wegen der SARS-CoV-2-Infektion in Behandlung? Sofern Sie im Besitz von Befundberichten (z.B. Facharztberichte, stationäre Berichte, Laborbefunde, auch Röntgenbefunde etc.) sind, bitten wir um Übersendung dieser Unterlagen in Kopie.</p>	
<p>4.2. Haben Sie wegen dieser Erkrankung stationäre Behandlungen und/oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt? Falls ja, von wann bis wann und wo (Namen der Einrichtung und Anschrift)?</p>	
<p>4.3 In welchem Zeitraum waren Sie in Quarantäne?</p>	
<p>4.4 Bestand Arbeitsunfähigkeit? (Zeitraum angeben)</p>	<p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA: _____ _____</p>
<p>4.5. Sind Ihre Beschwerden zwischenzeitlich abgeklungen? Bitte geben Sie die aktuell noch bestehenden Beschwerden an.</p>	<p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN _____ _____ _____ _____</p>
<p>5.1. Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, ggf. welche? (z.B. Bluthochdruck, Herzerkrankungen oder -infarkte, Operationen, Thrombosen bzw. Gerinnungsstörungen, Tumoren, rheumatische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Nervenerkrankungen, Hauterkrankungen, Sehstörungen, Geschmacks-, Geruchsstörungen)</p>	<p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA: _____ _____</p>
<p>5.2. Welche Medikamente nahmen Sie bereits vor der Infektion/Erkrankung ein?</p>	

Seite 6 von 6 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG



5.3. Bei welchen Ärzten stehen Sie deshalb in Behandlung (Name und Anschrift)?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	---

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte urschriftlich zurück an:

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege

Postfach

Formular K4295



Nicht nachsenden. Bei Umzug mit neuer Anschrift zurück:
BGW

Ihr Zeichen IZ1
Ihre Nachricht vom IN1
Unser Zeichen RABELEG
Ansprechperson (Bitte stets angeben) BEARB_NAME
Durchwahl DIKTZ
Fax-Durchwahl

20.08.2019

Name:
Erkrankung: SARS-CoV-2-Infektion
- Behandlungsauftrag -

geb.:

ANREDE,

wir haben die SARS-CoV-2-Infektion von Frau als Berufskrankheit anerkannt bzw. bearbeiten diese im „aner kennenden Sinne“. Somit sind nun wir der zuständige Kostenträger. Die erforderlichen Behandlungen, die im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Infektion stehen, gehen bis auf Widerruf zu unseren Lasten. Folgende Erkrankungen sind nicht Folge der SARS-CoV-2-Infektion und von unserer Kostenübernahme daher nicht gedeckt.

Wie erfolgt also ab sofort Ihre Vergütung?

Die Behandlungskosten übernehmen nun wir, unabhängig von etwaigen Budgetbegrenzungen. Gebühren und Auslagen erhalten Sie von uns nach der UV-GOÄ im Rahmen der **allgemeinen Heilbehandlung**. Bitte geben Sie Ihr Institutionskennzeichen (IK) an. Die UV-GOÄ sowie weitere Informationen finden Sie unter dguv.de/de/ihr_partner/aerzte_wl/

Welche Behandlungen kommen für SARS-CoV-2 infrage?

Sie können aus Ihrer Sicht medizinisch indizierte Therapiemaßnahmen und Behandlungen direkt einleiten bzw. verordnen. Ebenso kommen selbstverständlich Konsile auf entsprechenden Fachgebieten infrage. Auch können wir mit gesonderten Post-COVID-Angeboten in Kompetenzzentren, insbesondere den BG-Kliniken, sowie Reha-Maßnahmen Ihre Behandlung unterstützen – bitte weisen Sie uns deshalb in Ihren Berichten auf die Notwendigkeit solcher Maßnahmen hin. Weitere Informationen finden Sie unter bgw-online.de/covid-reha



Bitte wenden!

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperschaft des
öffentlichen Rechts

Tel:
Fax:

Sie erreichen uns am besten:
Mo.-Do. 7.30 - 16.00 Uhr
Fr. 7.30 - 14.30 Uhr
www.bgw-online.de

IBAN:
BIC:

K4295 / 1-3 (05/21)

Seite 2 von 3 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG

Stationäre Reha-Maßnahmen sowie alternativmedizinische Maßnahmen bedürfen einer vorherigen Genehmigung der BGW.

Sollten Sie bzw. Frau parallel Reha-Anträge bei anderen Trägern gestellt haben informieren Sie uns bitte darüber.

Bitte leiten Sie sobald möglich eine stufenweise Wiedereingliederung, bei der Unfallversicherung Belastungserprobung genannt, ein. Diese kann bei bg-licher Behandlung unabhängig vom Hamburger Modell auch für längere Zeiträume erfolgen und individuell gestaffelt werden. Ein Arbeitsversuch ist selbstverständlich auch möglich.

Wie erfolgt die Berichterstattung etc.?

Unabhängig von Ihrer Behandlungsfrequenz berichten Sie uns bitte **unaufgefordert spätestens alle acht Wochen**.

Nutzen Sie hierfür bitte den Verlaufsbericht F2100 der DGUV, welchem Sie alle Berichtspunkte entnehmen können. Sie können ihn als Word-Datei unter folgendem Link aufrufen: dguv.de/formtexte/aerzte

Die Berichterstattung wird gesondert nach Nr. 115 UV-GOÄ vergütet.

Bitte informieren Sie uns sofort über jede Verschlimmerung/Komplikation oder über anstehende betriebliche Wiedereingliederungsmaßnahmen, damit wir bei Bedarf entsprechende Maßnahmen, u.a. auch in den BG-Kliniken, einleiten können.

Schicken Sie die AU-Bescheinigung bitte an die zuständige Krankenkasse, diese zahlt Verletzten-geld für uns aus. Über eine stufenweise Wiedereingliederung informieren Sie bitte die Krankenkasse und uns.

Wo finden Sie BG-Überweisungen und -Verordnungen?

Für Überweisungen verwenden Sie bitte das Überweisungsformular F2902. Dieser Weg sollte bevorzugte Terminvergaben sicherstellen und erleichtert die Abrechnung. Das Formular finden Sie unter dguv.de/formtexte/aerzte

Manche Verordnungen, z.B. für Physio- oder Ergotherapie, können nicht zum Download bereitgestellt werden. Nutzen Sie hier ggf. die bei Ihnen vorhandenen Verordnungen oder wenden Sie sich telefonisch an uns.

Kann auch an einen D-Arzt verwiesen werden?

Sie können in Absprache mit diesem Frau auch an einen d-ärztlichen Kollegen verweisen. Dieser kennt die genannten Verordnungen und Modalitäten sehr gut und könnte für Sie die Behandlung übernehmen.

Informationen zum Datenschutz:

Seite 3 von 3 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG



Sie sind auskunftspflichtig (§ 100 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - [SGB X] in Verbindung mit § 46 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger). Wir dürfen diese Daten bei Ihnen erheben (§§ 199 Abs. 1 SGB VII, 67a SGB X in Verbindung mit § 201 Abs. 1 SGB VII).

Bei Fragen rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre BGW

Datenschutzhinweis:

Die BGW verarbeitet personenbezogene Daten/Sozialdaten, sofern dies zur Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich ist. Unsere gesetzlichen Aufgaben ergeben sich aus § 199 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch (SGB VII) sowie aus den weiteren Büchern des SGB. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten/Sozialdaten durch die BGW ist Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung i.V.m. den jeweiligen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs (SGB). Weitere Informationen zum Datenschutz enthält die Datenschutzerklärung der BGW auf www.bgw-online.de.

Formular K4296



Nicht nachsenden. Bei Umzug mit neuer Anschrift zurück
BGW

Ihr Zeichen IZ1
Ihre Nachricht vom IN1
Unser Zeichen
RABELEG
(Bitte stets angeben)
Ansprechperson BEARB_NAME
Durchwahl DIKTZ
Fax-Durchwahl

20.08.2019

Erkrankung
Name: , geb.:

Gutachten zu den Folgen einer Berufskrankheit

ANREDE,

bitte untersuchen Sie die versicherte Person und erstatten Sie uns ein Gutachten zu den Folgen einer Erkrankung Covid-19 als Berufskrankheit (BK-Folgen).
Gehen Sie hierbei bitte von folgenden Voraussetzungen aus:

Bei Herrn wurde eine SARS-CoV-2-Infektion nachgewiesen. Der Erreger SARS-CoV-2 wurde erstmals durch einen am durchgeführten PCR-Test nachgewiesen.

Im Hinblick auf die Tätigkeit der versicherten Person als und die zum Infektionszeitpunkt für den Einsatz- und Aufgabenbereich anzunehmenden Infektionsrisiken, geht die BGW von einer Infektion durch die versicherte Tätigkeit und damit von einer Berufskrankheit aus.

Eine Anerkennung der Infektion als Berufskrankheit ist durch Bescheid vom bereits erfolgt. Der Tag des Versicherungsfalls ist der .

Arbeitsunfähigkeit besteht ab .

Als Hauptgutachter informieren wir Sie darüber, dass noch weitere Gutachten auf

- internistischem/n
- internistisch-lungenfachärztlichem/n
- internistisch-kardiologischem/n

Bitte wenden!

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperschaft des
öffentlichen Rechts

Tel:
Fax:

Sie erreichen uns am besten:
Mo.-Do. 7.30 - 16.00 Uhr
Fr. 7.30 - 14.30 Uhr
www.bgw-online.de

IBAN:
BIC:

K4296 / 1-4 (07/22)

Seite 2 von 4 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG

- neurologischem/n

Fachgebiet/en in Auftrag gegeben wurden. Diese Gutachten werden Ihnen zur Einschätzung der Gesamt-MdE noch zugehen.

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen, die im Ergebnis auf die Objektivierung von Krankheitsbildern, den Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Infektion und damit die anzunehmenden Berufskrankheitenfolgen ausgerichtet sind:

1 Zum Krankheitsbild:

- 1.1 Welche Beschwerden äußert der Versicherte in der aktuellen Untersuchung?
- 1.2 Welche Beschwerden sind in der aktuellen Untersuchung (körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik, Labordiagnostik) objektivierbar?
- 1.3 Welche Gesundheitsstörungen liegen auf Ihrem Fachgebiet zweifelsfrei vor (wissenschaftlich gesicherte medizinische Diagnosen entsprechend der aktuellen ICD und ggf. der zugrundeliegenden AWMF-Leitlinien)?

2 Zum Ursachenzusammenhang:

- 2.1 Welche der zu Ziffer 1.3 festgestellten Gesundheitsstörungen wurden – ggf. unter Berücksichtigung nachgewiesener Vorerkrankungen/Veranlagungen – durch die SARS-CoV-2-Infektion (mit-)verursacht oder verschlimmert? Bitte legen Sie Ihre differenzialdiagnostischen Überlegungen unter Berücksichtigung von konkurrierenden Ursachen (z.B. ggf. bestehende Vorerkrankungen und/oder Veranlagungen) dar.
- 2.2 Nach welchen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen (bitte Hinweise auf Studienergebnisse/Veröffentlichungen/AWMF-Leitlinien nennen) ist von einem Zusammenhang zwischen der SARS-CoV-2-Infektion und den unter Ziffer 2.1 diagnostizierten Gesundheitsstörungen auszugehen?
- 2.3 Welche der unter 1.3 festgestellten Gesundheitsstörungen stehen mit der Berufskrankheit in keinem wissenschaftlich gesicherten ursächlichen Zusammenhang?

3 Zu den Folgen der Berufskrankheit, einschließlich Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE):

- 3.1 Welche BK-Folgen (siehe 2.1) führen zu welchen Einschränkungen hinsichtlich körperlicher Funktionen und der Belastbarkeit. Bitte beschreiben Sie diese qualitativ und quantitativ.
- 3.2 In welchem Grade ist die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch die BK-Folgen
 - ab dem - ggf. gestaffelt-gemindert?

3.3 Wie hoch schätzen Sie die MdE nach Ihrer ärztlichen Erfahrung ab dem Untersuchungstag der Begutachtung längstens bis zur Beendigung des dritten Jahres nach dem ein? Sofern auf mehreren Fachgebieten eine relevante MdE vorliegt, bitten wir um Einschätzung der Gesamt-MdE.

3.4 Ist mit einer wesentlichen Änderung der BK-Folgen zu rechnen, wann ist ggf. eine weitere Begutachtung angezeigt?

4 Zu weiteren erforderlichen Behandlungsmaßnahmen:

4.1 Kann durch geeignete Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation der Gesundheitszustand der versicherten Person im Hinblick auf die Folgen der Berufskrankheit weiter verbessert werden? Welche Maßnahmen regen Sie ggf. an? Bitte nehmen Sie sodann auch Stellung dazu, welchen Umfang und welche Dauer die empfohlenen Maßnahmen haben sollten.

4.2 Sind Hilfen zur Verbesserung der Teilhabe aufgrund der BK-Folgen erforderlich, ggf. welche?

5 Zur Wiedereingliederung und zur Arbeitsfähigkeit

5.1 In welchen Zeiträumen bestand aufgrund der zu Ziff. 3.1 festgestellten BK-Folgen und unter Berücksichtigung der am ausgeübten Tätigkeit Arbeitsunfähigkeit?

5.2 Sofern aktuell noch Arbeitsunfähigkeit besteht: Ist mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (im Sinne 4.1) zu rechnen? Sind für die versicherte Person Hilfen beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement erforderlich?

Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wenn eine (weitere) Zusatzbegutachtung erforderlich ist oder das Gutachten nur nach mehrtägiger Untersuchung erstattet werden kann.

Benachrichtigen Sie uns bitte, wenn Sie das Gutachten nicht innerhalb von drei Wochen erstatten können. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass das Gutachten durch Sie persönlich zu erstellen ist. Hierzu gehört, dass Sie sich einen persönlichen Eindruck von der versicherten Person verschaffen. Die versicherte Person muss dabei die Möglichkeit haben, Ihnen die subjektiven Beschwerden persönlich zu schildern. Eine Übertragung dieser Kernaufgaben der Begutachtung ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zulässig. Soweit Sie andere Ärztinnen oder Ärzte als Hilfskräfte hinzuziehen, insbesondere bei der Untersuchung, ist dies zu dokumentieren. Bitte bestätigen Sie dies am Ende des Gutachtens durch Ihre Unterschrift und den Zusatz: "Das Gutachten wird nach persönlicher Begegnung mit der versicherten Person sowie eigener Prüfung und Urteilsbildung erstattet".

Seite 4 von 4 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG

Für Ihr Gutachten erhalten Sie Gebühren nach Nummer 161 UV-GOÄ. Bitte geben Sie uns Ihre Bankverbindung an.

Die Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten und Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse unterliegen dem Sozialdatenschutz. Sie dürfen diese Daten nur zu dem Zweck verwenden, zu dem wir sie übermittelt haben. Ferner sind Sie verpflichtet, das Sozialgeheimnis zu wahren und die Daten nicht Unbefugten zu übermitteln.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre BGW

Datenschutzhinweis:

Die BGW verarbeitet personenbezogene Daten/Sozialdaten, sofern dies zur Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich ist. Unsere gesetzlichen Aufgaben ergeben sich aus § 199 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch (SGB VII) sowie aus den weiteren Büchern des SGB. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten/Sozialdaten durch die BGW ist Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung i.V.m. den jeweiligen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs (SGB). Weitere Informationen zum Datenschutz enthält die Datenschutzerklärung der BGW auf www.bgw-online.de.

Formular K4297



Nicht nachsenden. Bei Umzug mit neuer Anschrift zurück
BGW

Ihr Zeichen IZ1
Ihre Nachricht vom IN1
Unser Zeichen RABELEG
(Bitte stets angeben)
Ansprechperson BEARB_NAME
Durchwahl DIKTZ
Fax-Durchwahl

20.08.2019

Erkrankung

Name: , geb.:

Gutachten zu den Folgen einer Berufskrankheit

ANREDE,

bitte untersuchen Sie die versicherte Person und erstatten Sie uns ein Gutachten zu den Folgen einer Erkrankung Covid-19 als Berufskrankheit (BK-Folgen).
Gehen Sie hierbei bitte von folgenden Voraussetzungen aus:

Bei Herrn wurde eine SARS-CoV-2-Infektion nachgewiesen. Der Erreger SARS-CoV-2- wurde erstmals durch einen am durchgeführten PCR-Test nachgewiesen.

Im Hinblick auf die Tätigkeit der versicherten Person als und die zum Infektionszeitpunkt für den Einsatz- und Aufgabenbereich anzunehmenden Infektionsrisiken, geht die BGW von einer Infektion durch die versicherte Tätigkeit und damit von einer Berufskrankheit aus.

Eine Anerkennung der Infektion als Berufskrankheit ist durch Bescheid vom bereits erfolgt. Der Tag des Versicherungsfalls ist der .

Arbeitsunfähigkeit besteht ab .

Als Hauptgutachten sehen wir die Begutachtung auf internistischem Fachgebiet an, die wir auch bereits in Auftrag gegeben haben. Wir werden Ihr Gutachten an den Hauptgutachter weiterleiten. Im Hauptgutachten ist die Gesamt-MdE festzustellen.

Bitte wenden!

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperschaft des
öffentlichen Rechts

Tel:
Fax:

Sie erreichen uns am besten:

Mo.-Do. 7.30 - 16.00 Uhr
Fr. 7.30 - 14.30 Uhr

www.bgw-online.de

IBAN:
BIC:

K4297 / 1-4 (07/22)

Seite 2 von 4 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG

Bitte beantworten Sie uns die Ihr Fachgebiet betreffenden folgenden Fragen:

1. Welche Beschwerden, die Ihrem Fachgebiet zuzuordnen sind, wurden ab wann nach Aktenlage oder gutachterlicher Anamnese erstmals als Langzeitfolgen einer COVID-19 Erkrankung vorgetragen?
2. Über welche Beschwerden wird gegenwärtig geklagt?
3. Welcher aktuelle Tagesablauf wird geschildert?
4. Welche klinischen Befunde, die Ihrem Fachgebiet zuzuordnen sind, haben Sie erhoben? Bitte stellen Sie in Ihrem Gutachten auch die eingesetzte testpsychologische Diagnostik dar und fügen Sie die dokumentierten Einzelergebnisse bei.

(Bitte nehmen Sie eine ausführliche Konsistenz und Plausibilitätsprüfung entsprechend der Leitlinie „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen“ vor, siehe https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-029I_S2k_Begutachtung-psychischer-psychosomatischer-Stoerungen_2019-12_01.pdf.)
5. Bestanden vor der SARS-CoV-2 Infektion am zweifelsfrei relevante Vorerkrankungen? In welchem Ausmaß waren diese vorhanden (Angabe der Diagnosen entsprechend der aktuellen ICD)? Bestanden vor der SARS-CoV-2 Infektion am nachweislich relevante Veranlagungen? Worauf stützt sich ggf. die Annahme einer besonderen Vulnerabilität?
6. Gibt es neben der SARS-CoV-2-Infektion potentiell wirksame Einflüsse, die ggf. dem allgemeinen Lebensrisiko zuzurechnen sind (z. B. berufliche, private und gesundheitliche Veränderungen und/oder Belastungen, Gerichtsverfahren)?
7. Welche Gesundheitsschäden (wissenschaftlich gesicherte medizinische Diagnosen entsprechend der aktuellen ICD und ggf. der zugrundeliegenden AWMF-Leitlinien) wurden im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung zweifelsfrei von Ihnen festgestellt?
8. Welche der zu Ziffer 7 festgestellten Gesundheitsschäden wurden – ggf. unter Berücksichtigung nachgewiesener Vorerkrankungen/Veranlagungen sowie zusätzlicher Belastungen (siehe Ziff. 6) – durch die SARS-CoV-2-Infektion bzw. die COVID-19 Erkrankung (mit-)verursacht oder verschlimmert? Bitte legen Sie Ihre differenzialdiagnostischen Überlegungen unter Berücksichtigung von konkurrierenden Ursachen (z.B. ggf. bestehende Vorerkrankungen und/oder Veranlagungen sowie zusätzlicher Belastungen) dar.
9. Welche Einschränkungen liegen durch BK-Folgen nach Ziff. 8 vor? (Bitte konkretisieren Sie auch die verbliebenen Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der psychisch-emotionalen, sozial-kommunikativen und körperlich-funktionellen Dimensionen.)
10. In welchen Zeiträumen bestand aufgrund der zu Ziff. 8 festgestellten BK-Folgen und unter Berücksichtigung an deren Beginn ausgeübten Tätigkeit Arbeitsunfähigkeit?
11. In welchen Zeiträumen bestand aufgrund der zu Ziff. 8 festgestellten BK-Folgen Behandlungsbedürftigkeit?
12. Wie hoch wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch die unter Ziff. 8 genannten BK-Folgen vom bis zum Tage vor der Untersuchung geschätzt?
13. In welchem Ausmaß wird die Erwerbsfähigkeit vom Tage der Untersuchung an beeinträchtigt und wie lange wird diese MdE voraussichtlich noch bestehen?

K4297 / 2-4 (07/22)

Seite 3 von 4 zum Schreiben vom 20.08.2019
 Unser Zeichen: RABELEG



14. Wie hoch schätzen Sie die MdE nach ärztlicher Erfahrung ab dem Untersuchungstag der Begutachtung längstens bis zur Beendigung des dritten Jahres nach dem ein?
15. Ist mit einer wesentlichen Änderung der BK-Folgen zu rechnen, wann ist ggf. eine weitere Begutachtung angezeigt?
16. Kann durch therapeutische oder Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation der Gesundheitszustand der versicherten Person weiter verbessert werden? Ggf. welche Maßnahmen werden vorgeschlagen? Bitte nehmen Sie sodann auch Stellung dazu, welchen Umfang und welche Dauer die empfohlenen Maßnahmen haben sollten.
17. Welche berufliche Tätigkeit übt die versicherte Person derzeit aus?
Bestehen wegen der BK-Folgen Einschränkungen bei der Ausübung dieser beruflichen Tätigkeit, ggf. welche?
18. Gibt es Hinweise, dass aufgrund der BK-Folgen Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens benötigt wird? Ggf. welche und wobei?
19. Gibt es Hinweise, dass Hilfen zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erforderlich sind, ggf. welche und in welchem Bereich?

Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wenn eine (weitere) Zusatzbegutachtung erforderlich ist oder das Gutachten nur nach mehrtägiger Untersuchung erstattet werden kann.

Benachrichtigen Sie uns bitte, wenn Sie das Gutachten nicht innerhalb von drei Wochen erstatten können. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass das Gutachten durch Sie persönlich zu erstellen ist. Hierzu gehört, dass Sie sich einen persönlichen Eindruck von der versicherten Person verschaffen. Die versicherte Person muss dabei die Möglichkeit haben, Ihnen die subjektiven Beschwerden persönlich zu schildern. Eine Übertragung dieser Kernaufgaben der Begutachtung ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zulässig. Soweit Sie andere Ärztinnen oder Ärzte als Hilfskräfte hinzuziehen, insbesondere bei der Untersuchung, ist dies zu dokumentieren. Bitte bestätigen Sie dies am Ende des Gutachtens durch Ihre Unterschrift und den Zusatz: "Das Gutachten wird nach persönlicher Begegnung mit der versicherten Person sowie eigener Prüfung und Urteilsbildung erstattet".

Für Ihr Gutachten erhalten Sie Gebühren nach Nummer 161 UV-GOÄ. Bitte geben Sie uns Ihre Bankverbindung an.

Bitte wenden!
 K4297 / 3-4 (07/22)

Seite 4 von 4 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG

Die Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten und Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse unterliegen dem Sozialdatenschutz. Sie dürfen diese Daten nur zu dem Zweck verwenden, zu dem wir sie übermittelt haben. Ferner sind Sie verpflichtet, das Sozialgeheimnis zu wahren und die Daten nicht Unbefugten zu übermitteln.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre BGW

Datenschutzhinweis:

Die BGW verarbeitet personenbezogene Daten/Sozialdaten, sofern dies zur Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich ist. Unsere gesetzlichen Aufgaben ergeben sich aus § 199 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch (SGB VII) sowie aus den weiteren Büchern des SGB. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten/Sozialdaten durch die BGW ist Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung i.V.m. den jeweiligen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs (SGB). Weitere Informationen zum Datenschutz enthält die Datenschutzerklärung der BGW auf www.bgw-online.de.

Anlagen:

- Einladungsschreiben (H1101)
- Kausalitäts- und Beweisgrundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung (H9000)
-
- Aktenauszug (Bl.)
-

Formular K4298



Nicht nachsenden. Bei Umzug mit neuer Anschrift zurück
BGW

Ihr Zeichen IZ1
Ihre Nachricht vom IN1
Unser Zeichen
RABELEG
(Bitte stets angeben)
Ansprechperson BEARB_NAME
Durchwahl DIKTZ
Fax-Durchwahl

20.08.2019

Berichts-anforderung

Name:

geb.:

ANREDE,

Frau steht in Ihrer ärztlichen Behandlung. Nach den uns vorliegenden Unterlagen besteht Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Covid-19 Erkrankung. Bei dieser Erkrankung wurde uns der Verdacht auf eine Berufskrankheit gemeldet.

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger sind gehalten, auf eine optimale Heilverfahrenssteuerung hinzuwirken. Deshalb ist eine kontinuierliche Berichterstattung über den Erkrankungsverlauf und die Arbeitsunfähigkeit für uns wichtig.

Bitte berichten Sie uns über den Verlauf der Covid-19 Erkrankung von Frau und nehmen Sie dabei zu folgenden Fragen Stellung:

- 1) Wie ist der derzeitige Befund bzw. die aktuelle Diagnose?
- 2) Welche Beschwerden werden vorgetragen?
- 3) Besteht derzeit Arbeitsunfähigkeit wegen der Covid-19 Erkrankung?
 - a. Wenn nein: Bis wann bestand Arbeitsunfähigkeit?
 - b. Wenn ja: Wann ist mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit zu rechnen?
 - c. Wenn ja: Ist demnächst eine stufenweise Wiedereingliederung geplant?
- 4) Welche Behandlungsmaßnahmen finden aktuell statt?

Bitte wenden!

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperschaft des
öffentlichen Rechts

Tel:
Fax:

Sie erreichen uns am besten:
Mo.-Do. 7.30 - 16.00 Uhr
Fr. 7.30 - 14.30 Uhr
www.bgw-online.de

IBAN:
BIC:

K4298 / 1-6 (07/22)

Seite 2 von 6 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG

- 5) Wurden ergänzende konsiliarische Untersuchungen bei anderen Fachärzten/innen durchgeführt?
 - a. Wenn Ja: Bei welchem Arzt/Ärztin hat sich d. Vers. vorgestellt?
 - b. Sollten Ihnen Befunde/Ergebnisse der Untersuchungen vorliegen, fügen Sie dies gerne in Kopie Ihrem Bericht bei.
- 6) Welche Prognose stellen Sie bezüglich des weiteren Verlaufs?
- 7) Haben Sie den Verdacht auf eine Störung im Heilverfahren (z.B. neurologische Komplikationen, außergewöhnlich lange Dauer der Beschwerden, psychologische Aspekte)?
- 8) Sind Ihnen Vorerkrankungen d. Vers. bekannt, die möglicherweise Auswirkungen auf die Covid-19 Erkrankung haben?

Um eine zeitnahe Umsetzung möglicher weiterer Rehabilitationsmaßnahmen zu gewährleisten, bitten wir um Beantwortung unserer Anfrage innerhalb von 14 Tagen.

Die Berechtigung unserer Berichts-/Auskunftsanforderung ergibt sich aus § 203 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII) in Verbindung mit § 5 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger bzw. nach § 100 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X).

Bitte denken Sie daran, dass die Ihnen übermittelten Daten geheim gehalten werden und für keine anderen Zwecke verwendet werden dürfen (§ 78 SGB X).

Die Berichtsgebühr bemisst sich (entsprechend dem Aufwand, Zweck und Inhalt) nach dem Gebührenrahmen der Nummern 110 bis 123 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger. Für Rückfragen können Sie sich auch gerne telefonisch mit uns in Verbindung setzen.

Wir bedanken uns für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre BGW

Datenschutzhinweis:

Die BGW verarbeitet personenbezogene Daten/Sozialdaten, sofern dies zur Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich ist. Unsere gesetzlichen Aufgaben ergeben sich aus § 199 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch (SGB VII) sowie aus den weiteren Büchern des SGB. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten/Sozialdaten durch die BGW ist Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung i.V.m. den jeweiligen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs (SGB). Weitere Informationen zum Datenschutz enthält die Datenschutzerklärung der BGW auf www.bgw-online.de.

Formular K0080

Aktenzeichen: , RABELEG
Name: , geb.



Interner Dokumentationsvermerk zur Beurteilung der – COVID-19 Erkrankung

1. **Infektionskrankheit (Krankheitsbild)**

Infektion mit Symptomen –eine der beiden Alternativen liegt vor:

- atypischer Fall bei schwerem Verlauf (volles Feststellungsverfahren)
oder
 typischer Fall bei mildem bis moderatem Verlauf (ohne Feststellungsverfahren)

2. **Beruf/Einsatzgebiet der erkrankten Person**

3. **Hinweise auf außerberufliches Infektionsrisiko**

- ja, ggf. in welcher Form:
 nein

4. **Infektionsnachweis (Pos. Testergebnis)**

Am:
Ggf. Erkrankungsbeginn/Symptomatik:

5. **Berufliches Infektionsrisiko**

- a. **Ausbruchsgeschehen** ja nein
b. **Beweiserleichterungskriterien anwendbar**

Beweiserleichterungskriterien anwendbar: ja nein

Folgende Beweiserleichterung greift:

Falls keine Beweiserleichterung greift:

c. **Kontakt zu Indexperson**

Kontakt zu mind. einer nachgewiesenen Infektionsquelle im Inkubationszeitraum

- Patient
 Arbeitskollegen
 Besucher
 Untersuchungsmaterial
 Sonstiges

Art des Kontaktes: bestimmungsgemäß:
 zufällig (Unfall):

d. **Sollte die Fallkonstellation a),b) und c) nicht gegeben sein, liegt aber dennoch ein besonderer Sachverhalt vor, der eine berufliche Infektion hinreichend wahrscheinlich sein lässt?**

ja, ggf. erläutern:

Seite 2 von 2 zum Schreiben vom 20.08.2019
Unser Zeichen: RABELEG

nein

6. Zeitlicher Zusammenhang zwischen Auftreten der Erkrankung und beruflicher Tätigkeit

- ja
 nein

7. Versicherungsfall BK 3101

- Ja - Versicherungsfalltag:
 nein

SBgD:

SBL:

**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de