

Dr. Wolfgang Mückstein
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.440.311

Wien, 2.7.2021

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 6538/J des Abgeordneten Mag. Christian Drobits und GenossInnen betreffend „Long Covid“-Folgen („Post Covid“)** wie folgt:

Fragen 1 bis 5:

- *Liegen Ihrem Ressort Daten vor, wie viele COVID-19-PatientInnen nach einer COVID-19-Erkrankung an Spät- und Langzeitfolgen leiden? (bitte absolut, nach Bundesländern, nach Geschlecht und Altersgruppen aufgliedern)*
- *Liegen Ihrem Ressort Daten vor, wie viele COVID-19-PatientInnen nach einer schweren COVID-19-Erkrankung mit intensivmedizinischer Betreuung an Spät- und Langzeitfolgen leiden? (bitte absolut, nach Bundesländern, nach Geschlecht und Altersgruppen aufgliedern)*
- *Liegen Ihrem Ressort Daten vor, wie viele COVID-19-PatientInnen nach einer COVID-19-Erkrankung an einer Schilddrüsenerkrankung leiden?*
- *Liegen Ihrem Ressort Daten wie lange diese Long-Covid Erkrankungen ab Erkrankungsbeginn durchschnittlich dauern (bitte nach Geschlecht und Altersgruppe gegliedert aufschlüsseln) und wie die Nachversorgung bzw. Rehabilitation erfolgt?*

- *Liegen Ihrem Ressort Daten vor, wie viel Prozent der COVID-19-PatientInnen infolge ihrer COVID-19-Erkrankung an Spät- und Langzeitfolgen leiden und bei welchem Geschlecht und in welchen Altersgruppen nach einer COVID-19-Erkrankung besonders häufig Langzeit- und Spätfolgen vorkommen?*

Dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz liegen keine diesbezüglichen Daten vor. Wesentliche Grundlage, um diese Fragestellungen beobachten und beantworten zu können, wäre eine standardisierte Diagnosen- und Leistungsdokumentation für den gesamten ambulanten Versorgungsbereich. Es ist daher unbedingt erforderlich die Arbeiten zur Entwicklung und Einführung einer standardisierten ambulanten Diagnosen- und Leistungsdokumentation zügig voranzutreiben.

Für den Bereich der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) kann das Nachstehende festgehalten werden:

Bei dieser Versicherungsanstalt wurden im Zeitraum Anfang Februar 2020 bis Ende April 2021 rund 950 Post-COVID-Patient:innen aufgrund einer vorangegangenen COVID-Erkrankung im Rahmen eines Rehabilitationsverfahren in einer eigenen Einrichtung der PVA behandelt (insbesondere Weyer und Hohegg).

Hinsichtlich der Dauer von Symptomen nach einer COVID-19 Erkrankung und das vorherrschende Ausmaß von Long-COVID gibt es noch keine ausreichenden Erfahrungen.

Weiters ist in diesem Zusammenhang auch noch zu berücksichtigen, dass die Rehabilitation nach dem Antragsprinzip erfolgt. Wird von einer zuweisenden Stelle (z.B. niedergelassener Arzt, Spitalsträger, Ambulanz) ein Rehabilitationsantrag gestellt, so wird dieser in der zuständigen Landesstelle der PVA bewilligt und der Indikation (je nach Symptomatik) zugeordnet. Dadurch ist gewährleistet, dass eine symptom-spezifische, personalisierte Rehabilitation nach dem ICF-Prinzip (Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) erfolgt. Eine Long-COVID Rehabilitation in Paketform ist in keinem Fall zulässig und sinnvoll, da aufgrund der Symptomvielfalt ein individuelles Rehabilitationskonzept Anwendung finden muss. Dieses individuelle Rehabilitationskonzept bietet die PVA schon seit Jahren in ihren eigenen Einrichtungen an. Die Rehabilitationsdauer beträgt je nach Indikation in der Phase 2 drei bis sechs Wochen, in der Phase 3 sechs Monate.

Fragen 6 bis 8:

- *Im Wiener AKH wurde kürzlich eine „Long Covid“-Ambulanz eingerichtet, die von den Patientinnen regelrecht gestürmt wird. Welche speziellen weiteren medizinischen Infrastrukturen stehen in Österreich für die Behandlung von Long Covid zur Verfügung? Ist geplant, in jedem Bundesland zumindest eine spezielle „Long Covid Ambulanz“ einzurichten?*
- *Die WHO regt die Etablierung von Registern für Personen mit Long-Covid („implementing well-functioning patient registers and other surveillance systems“) an, um auch die Forschung zu Long Covid zu forcieren. Ist die Einrichtung eines derartigen Registers für Long-COVID-PatientInnen in Österreich geplant? Wenn ja, wie und wo?*
- *In welcher Form ist dabei geplant den niedergelassenen Bereich einzubinden?*

Nach Wissensstand des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz bestehen aktuell neben der Ambulanz im AKH Wien bereits zwei Long-COVID-Ambulanzen in Graz (LKH Graz sowie LKH Graz-West). Eine dritte Ambulanz am LKH Hochsteiermark ist im Land Steiermark in Planung.

Krankheitsbild und Schwergrad der Symptome von COVID-19-Patient:innen, die unter Langzeitfolgen leiden, sind sehr unterschiedlich. Daraus folgt auch ein unterschiedlicher Bedarf an stationärer und/oder ambulanter Versorgung je nach Krankheitsbild, was auch ein vielfältiges Versorgungsangebot erforderlich macht. Zudem ist es auch notwendig, dass die Leistungserbringer im niedergelassenen Bereich eine Versorgung von Post-Covid-19-Patient:innen sowohl in diagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht übernehmen können. Mein Ressort steht dementsprechend schon seit längerem in Kontakt und laufendem Austausch mit den relevanten Partnern im Gesundheitssystem, um abgestimmt eine bestmögliche Versorgung für diese PatientInnen zu gewährleisten. Themen sind insbesondere wie ein optimaler multidisziplinärer Behandlungspfad aussehen soll sowie Art und Umfang aktueller und zukünftig erforderlicher Versorgungsangebote.

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) hat beispielsweise eine Information zu Long-COVID und den langfristigen Symptomen nach einer COVID-19-Infektion auf der Webseite veröffentlicht. Diese Information ist abrufbar unter Long COVID – langfristige Symptome nach einer COVID-19 Infektion?

Wie bereits dargelegt präsentieren sich die Langzeitfolgen einer COVID-Infektion - die bei rund 10 % der Personen auftreten, die eine COVID-Erkrankung durchgemacht haben –

symptomenorientiert: Es stehen jeweils pulmologische, neurologische, psychiatrische, muskuläre, unter Umständen auch kardiologische Symptome im Vordergrund, die von österreichischen Rehabilitationseinrichtungen spezifisch abgedeckt werden können. Das Besondere an der Rehabilitation bei Long-COVID-Patienten ist, dass man noch stärker als sonst auf die individuellen Fähigkeiten der PatientIn eingehen muss.

Ausgehend davon, dass durch eine breite Durchimpfung der Bevölkerung Long-COVID zukünftig ein rückläufiger Bedarf besteht, sind primär die bestehenden Kapazitäten optimal zu nutzen. In diesem Zusammenhang leisten auch die niedergelassenen Ärzt:innen und Therapeut:innen einen wichtigen Beitrag; neben dem allfälligen Aufbau spezieller Ambulanzen dürfen daher die Versorgungskapazitäten bzw. die bisher geleistete Versorgung im niedergelassene Bereich nicht außer Acht gelassen werden. Hinzu kommen Rehabilitationseinrichtungen für Lungenerkrankungen, die derzeit ebenfalls viele genesene COVID-Patienten betreuen.

Long-COVID-Patient:innen werden daher, je nachdem welche Symptome vorherrschen, im niedergelassenen Bereich bei Allgemeinmediziner:innen und Fachärzt:innen oder in einer Gesundheitseinrichtung bzw. Spezialambulanz behandelt. Viele Betroffene profitieren von einem Rehabilitationsaufenthalt oder einem Aufenthalt im Rahmen der Gesundheitsvorsorge („Gesundheitsvorsorge Aktiv“). Seit der zweiten Jahreshälfte 2020 werden beispielsweise in der Gesundheitseinrichtung „Mein Peterhof“ Patient:innen besonders nach Intensivaufenthalten aufgrund von COVID-19 erfolgreich rehabilitiert.

Betreffend eines Registers für Long-COVID-Patient:innen können derzeit noch keine Aussagen getroffen werden.

Frage 9: *Ist geplant, den Informationsaustausch zu Vorkommen, Symptomatiken, Behandlung und Spätfolgen von Long-COVID-Erkrankungen auf europäischer Ebene zu verstärken und wenn ja, in welcher Form?*

Während eines von der Europäischen Kommission ausgerichteten Workshops zu e-Health am 24. März 2021 wurde vorgeschlagen, ein europäisches Referenznetzwerk zu Long-COVID einzurichten (https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/funding/docs/ev_20210324_sr_en.pdf).

Bei einem Austausch im ENVI-Ausschuss des Europäischen Parlaments (Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit) mit dem Kommissi-

onsvertreter John Ryan von der DG SANTE (Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit) sagte dieser im Hinblick auf Behandlungen für Long-COVID, dass die EMA (Europäische Arzneimittel-Agentur) gerade neue Produkte und Therapien untersuche. Man möchte idealerweise Forschung, klinische Studien, Herstellung und Beschaffung verstärkt beschleunigen und unterstützen. Zu Long-COVID sind auch Studien unter Horizon Europe, dem europäischen Forschungsrahmenprogramm, geplant.

Long-COVID-Symptome werden im Arbeitsprogramm zu Horizon Europe genannt.

Die Sozialversicherungsträger und der Dachverband haben ebenfalls Interesse an einem Informationsaustausch zum Thema Long-COVID-Erkrankungen auf europäischer Ebene.

Frage 10: *Welche medizinischen Erklärungen gibt es für diese Long-COVID-Erkrankungen? Wie sieht derzeit eine entsprechende Behandlungs- bzw. Rehabilitations-Therapie für Long-COVID-Kranke aus?*

Infektionen mit Pneumonien gehen grundsätzlich mit längeren Genesungszeiten sowie auch organspezifischen Langzeitfolgen nach Intensivbehandlungen einher. Bei COVID-19 können auch noch Wochen bis Monate nach der akuten Erkrankung Symptome bestehen oder neu auftreten (siehe auch www.rki.de).

Die Untersuchung von Long-COVID sowie dessen pathophysiologischen Ursachen sind derzeit Gegenstand reger Forschung. Bisherige Erkenntnisse wurden einem Übersichtsartikel und in den folgenden Absätzen zusammengefasst (siehe auch Nalbandian et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Nat Med 27, 601–615 (2021)). Eine Vielzahl von Organsystemen sind im Rahmen der COVID-19 Erkrankung aber auch der Long-COVID Erkrankung betroffen. Darunter fallen das respiratorische, hämatologische, kardiovaskuläre, neuropsychiatrische, renale, endokrine, gastrointestinale, hepatobiliäre und dermatologische Organsystem. Potenzielle Mechanismen, die zur Pathophysiologie von post-akutem COVID-19 beitragen, inkludieren virus-spezifische pathophysiologische sowie immunologische Veränderungen, entzündliche Schäden als Antwort auf die Akutinfektion und die erwarteten Folgen einer post-kritischen Erkrankung.

Das „Post-intensive care syndrome“ ist ein bekanntes Syndrom, das neue oder verschlechternde Abnormalitäten der physischen, kognitiven und psychiatrischen Domänen nach schwerer Erkrankung umfasst. Die Pathophysiologie dieses Syndroms ist multifaktoriell

und Erklärungsvorschläge beinhalten mikrovaskuläre Ischämie und Schäden, Immobilität und metabolische Veränderungen während der schweren Erkrankung.

Eine Reihe pulmonaler Manifestationen von Dyspnoe (mit und ohne chronischem Sauerstoffbedarf), schwieriger Entwöhnung von der Beatmung und fibrotischen Lungenschäden wurden bei COVID-19 Überlebenden beschrieben. Ursächlich gibt es Mechanismen, die vom Virus abhängen (inklusive Invasion von alveolären epithelialen und endothelialen Zellen) und solche, die Virus-unabhängig sind (z.B. immunologischer Schaden inklusive perivaskuläre Inflammation). Beide Mechanismen tragen zur Störung der endothelial-epithelialen Barriere mit Invasion durch Immunzellen bei. Verschiedene Botenstoffe des Immunsystems können auch nach Viruselimination zur Fibrosierung des Gewebes führen und dieses anfälliger für Infektionen machen. Zusätzlich wurden auch pulmonal-vaskuläre Mikro- und Makrothrombosen in 20-30% der COVID-19 PatientInnen festgestellt. Diese Thrombosen sind häufiger als bei anderen schwer kranken PatientInnenpopulationen und die Schädigung der kleinen Gefäße stärker ausgeprägt als beim akuten respiratorischen Distresssyndrom durch Influenza.

Nach COVID-19 wurden außerdem im kardiovaskulären System Brustschmerz, Palpitationen und Stress-Kardiomyopathie beobachtet. Der pathophysiologische Erklärungsversuch ist die durch virale Invasion und immunologische Mechanismen angegriffene strukturelle Integrität des Myokards, Perikard und des Leitungssystems. Post-akute thromboembolische Ereignisse wurden ebenfalls nach COVID-19 beschrieben. Das Risiko von thrombotischen Komplikationen in der post-akuten COVID-19 Phase ist vermutlich mit der Länge und Schwere der Erkrankung verbunden.

Eine Reihe neuropsychiatrischer Symptome wurden beschrieben, darunter chronische Malaise, Myalgien, depressive Symptome, Kopfschmerzen, Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns, Schlafstörungen, kognitive Einschränkungen verschiedener Art. Komplexe Mechanismen der viralen Infektion, Inflammation, mikrovaskulärer Thrombose und Neurodegeneration tragen zur Neuropathologie von COVID-19 bei.

Bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten von Long-COVID befinden sich derzeit Leitlinien in Österreich seitens der Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) sowie eine S1-Leitlinie in Deutschland in Ausarbeitung.

Nach einer COVID-19-Erkrankung sollte bei Bedarf möglichst frühzeitig eine „early intervention“ erfolgen. Sollte eine Rehabilitation oder „Gesundheitsvorsorge Aktiv“ (GVA) von

Long-COVID-Patienten indiziert sein, dann ist entsprechend der vorherrschenden Symptome in der jeweiligen Indikation mit dem Pensionsversicherungsträger Kontakt aufzunehmen (Antrag). Zur Etablierung entsprechender Behandlungsangebote finden derzeit regelmäßige Abstimmungen und Termine zum Wissensaustausch zwischen den Kranken- und Pensionsversicherungsträgern statt.

Sind durch eine COVID-Infektion gesundheitliche Beeinträchtigungen eingetreten, die intensivere Maßnahmen zur Abwendung drohender dauernder Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität erfordern, so tragen medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen dazu bei, dass Patienten wieder ein eigenständiges Leben führen, einen Beruf ausüben oder eine berufliche Umschulung absolvieren können.

Ein Grundprinzip in der medizinischen Rehabilitation ist es, die individuellen Beeinträchtigungen so zu mildern, dass die Teilhabe am beruflichen, privaten und sozialen Leben wieder möglich wird. Die Ätiologie der Erkrankung, die zu den Beeinträchtigungen geführt hat, spielt eine untergeordnete Rolle. Aus diesem Grund ist der Terminus der „Post-COVID-Rehabilitation“ nicht unproblematisch. Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen richten sich nach dem individuellen klinischen Bild.

Die Krankheitsverläufe nach COVID-Infektion sind sehr heterogen und reichen von einer sehr großen Zahl an asymptomatischen oder oligosymptomatischen Fällen bis hin zu sehr schweren Verläufen mit ARDS und Lungenversagen. Unabhängig davon ist mittlerweile eine Reihe an Folgeerscheinungen der Erkrankung manifest geworden, die eine deutliche Beeinträchtigung der Patienten mit sich bringen und eine professionelle Weiterbetreuung im Setting der stationären oder ambulanten Rehabilitation sehr sinnvoll erscheinen lassen. Je nach Erhebung der unterschiedlichen Co-Morbiditäten ist eine Rehabilitation in den Bereichen der Indikationen Pulmologie, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Kardiologie angezeigt.

Aufgrund des sehr heterogenen Bildes der Erkrankung und der Patienten gibt es kein einheitliches Rehabilitationsprogramm, das für alle Patienten zur Anwendung kommen kann. Ein allgemeines „Long-COVID Paket“ wäre absolut nicht zielführend und kontraproduktiv.

Sowohl für die kurativen Strategien im Zuge einer COVID-19-Infektion als auch für die konsekutiven rehabilitativen Maßnahmen müssen Einrichtungen – seien sie ambulant oder stationär – ausgewählt werden, die den entsprechenden fachlichen (z.B. pulmologischen, neurologischen, kardiovaskulären etc.) Schwerpunkt aufweisen. Medizinische Rehabilitationszentren verfügen über multiprofessionelle Teams, die sich mittels maßgeschneiderter

Therapieprogramme der individuellen Problematik – sowohl in organmedizinischer als auch in psychologischer Hinsicht – annehmen.

Die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) hat sich bereits früh mit der Bereitstellung ihrer Rehabilitationszentren als Notspitäler mit der Behandlung und Rehabilitation von Post-COVID-Patienten auseinandergesetzt und hat hier mit den Rehabilitationszentren Hohegg und Weyer eine Vorreiterrolle eingenommen. Die Kompetenz dieser Einrichtungen wurde auch an andere Träger und Einrichtungen weitergegeben. Damit soll der Erfolg der zuvor erbrachten, teils sehr intensiven Krankenbehandlung gesichert bzw. Krankheitsfolgen gemindert werden. Darüber hinaus sollen behinderungsbedingte Pensionierungen und Pflegebedürftigkeit verhindert oder verzögert werden.

Um optimal rehabilitieren zu können, werden gemeinsam mit dem Patienten individuelle Ziele definiert und ein möglicher Weg in ein wieder selbstbestimmtes Leben vorgezeichnet. Durch Abklären des sozialen Umfeldes und der beruflichen Tätigkeit sollen die Patienten in ihrer Umgebung weiter integriert bleiben, die Beschäftigung erhalten können und somit wirtschaftlich eigenständig bleiben.

Es werden die notwendigen Schritte der beruflichen Wiedereingliederung und auch die Ziele und Etappen für die vollständige Teilhabe im gesellschaftlichen und privaten Leben definiert und (zum Teil) in die Wege geleitet. Für Berufstätige ist die rasche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sowie die Reduzierung von Krankenstandstagen und Krankenhausaufenthalten eine wesentliche Zielsetzung (Return to work).

Diese Vorgehensweise ist unabhängig von der Krankheitsursache, die zur Rehabilitation führt. Sie richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten und Symptomen des Patienten aus. Sie führt verstärkt zu Veränderungen im Verhalten der Patienten und zu einer Verbesserung der Lernergebnisse.

Hinsichtlich von Aktivitätsstörungen ist es das Ziel, die Selbständigkeit der Patienten zu verbessern, die Mobilität zu erhöhen, die Geschicklichkeit zu trainieren und eine größere Ausdauer zu erlangen. Wenn nur eine geringe körperliche Auswirkung zu verzeichnen ist, dafür aber ein erhöhter psychologischer Bedarf besteht, wird gemäß dem biopsychosozialen Modell der ICF ein problembezogenes Therapieangebot erstellt. Durch das vielfältige Symptombild Post-COVID-Erkrankter werden daher in nahezu allen Indikationen auch Patienten mit überstandenen COVID-Erkrankungen rehabilitiert.

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) bietet stationäre Rehabilitation für Versicherte mit anerkannter Berufskrankheit COVID-19 in einer eigenen Einrichtung an, ambulante Angebote werden derzeit geprüft. Rehabilitationsangebote umfassen neben doziertem körperlichen Aufbautraining symptomorientiert eine breite Palette weiterer Interventionen wie Atem-Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie und psychologische Betreuung. Zumal die Symptome sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können gibt es keine gezielte medikamentöse Therapie.

Frage 11: *Werden Sie in Österreich Forschungsaufträge zur Erforschung dieser Long-Covid-Erkrankungen erteilen?*

a) Wenn Ja, in welchem Ausmaß und an wen?

b) Wenn nein, warum nicht?

In Österreich wird zu Long-COVID-Erkrankungen bereits geforscht. Aufgrund dieser erfreulichen Dynamik bestand bis jetzt kein Bedarf, dass mein Ressort weitere Forschungen beauftragt. Mein Ressort unterstützt jedenfalls, dass die Erforschung gut vernetzt erfolgt. Hierzu findet ein regelmäßiger Austausch mit allen beteiligten Akteuren statt.

Frage 12: *Können Long-COVID-Erkrankungen als Berufserkrankung - insbesondere, wenn die Infektion am Arbeitsplatz oder auf dem Weg zum Arbeitsplatz erfolgte - qualifiziert werden? Wenn ja, unter welchen Bedingungen? Wenn nein, warum nicht?*

COVID-19 und die Folgeschäden, demnach auch Long-COVID-Erkrankungen, können als Berufskrankheit anerkannt werden.

Die unfallversicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Long-COVID-Erkrankung als Berufskrankheit unterscheiden sich nicht von den Voraussetzungen für die Anerkennung einer Erkrankung an COVID-19 als Berufskrankheit. Entscheidend ist insbesondere, in welcher Art von Unternehmen die Infektion erfolgt ist.

Die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, in welchen die Berufskrankheiten gesetzlich definiert werden, sind § 177 ASVG, § 148e BSVG bzw. § 92 B-KUVG. In diesen Paragraphen ist übereinstimmend geregelt, dass die in Anlage 1 zum ASVG angeführten Krankheiten unter den dort angeführten Voraussetzungen als Berufskrankheiten gelten. Es handelt sich dabei um eine taxative Aufzählung, weshalb auch nur die in der Anlage 1 angeführten Krankheiten unter den dort angeführten Bedingungen als Berufskrankheit anerkannt werden können.

Die mit der laufenden Nummer 38 in der Anlage 1 zum ASVG gelistete Krankheit „Infektionskrankheiten“ (kurz: BK 38) ist die einzige in der Anlage 1 angeführte Krankheit, bei der eine Anerkennung von COVID-19 bzw. Long-COVID als Berufskrankheit in Frage kommt. Wesentlich ist, dass eine BK 38 nur dann als Berufskrankheit anerkannt werden kann, wenn diese durch Ausübung der die Versicherung begründenden Beschäftigung in einem in Spalte 3 der Anlage 1 bezeichneten Unternehmen verursacht wird.

Die Anerkennung als Berufskrankheit kommt in Frage für Beschäftigte in Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten, Entbindungsheimen und sonstigen Anstalten, die Personen zur Kur und Pflege aufnehmen, öffentlichen Apotheken, ferner Einrichtungen und Beschäftigungen in der öffentlichen und privaten Fürsorge, in Schulen, Kindergärten und Säuglingskrippen und im Gesundheitsdienst sowie in Laboratorien für wissenschaftliche und medizinische Untersuchungen und Versuche sowie in Justizanstalten und Hafträumen der Verwaltungsbehörden bzw. in Unternehmen, in denen eine vergleichbare Gefährdung besteht.

Dabei sind nicht nur Gesundheitsdienstleistungen, die in solchen Unternehmen getätigt werden geschützt, sondern auch Erwerbstätigkeiten, die nicht unmittelbar der Gesundheitsbranche zugehörig sind. Beispiel: bei einer nachgewiesenen Infektion eines (gewerblich tätigen) Installateurs während einer Installationstätigkeit in einem Krankenhaus kommt eine Anerkennung als BK 38 in Frage.

Als „Unternehmen, in denen eine vergleichbare Gefährdung besteht“ gelten jene Unternehmen, die aufgrund ihrer Geschäftstätigkeit ein im Vergleich zum Allgemeinrisiko grundsätzlich deutlich höheres Risiko haben, dass dort Tätige über einen nennenswerten Zeitraum mit an einer Infektionskrankheit erkrankten Personen in Berührung kommen. Für die Beurteilung des erhöhten Risikos gilt immer der Vergleich zwischen der beruflichen Tätigkeit und dem Allgemeinrisiko der Bevölkerung für die betreffende Erkrankung. Lediglich ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besonders erhöhtes Ausmaß der Gefahr von Ansteckungen führt zu einer „vergleichbaren Gefährdung“ im Sinne der BK 38. Beispielsweise Arztpraxen, Labore, Krankentransportunternehmen und andere Gesundheitsdienstleistungsbetriebe fallen unter diesen Aufzählungspunkt der Spalte 3.

Der Gesetzgeber hat in den Kreis der von der BK 38 geschützten Unternehmen bewusst nur solche aufgenommen, die nach durchschnittlicher Betrachtung und im Regelfall ein ganz besonders erhöhtes Ansteckungsrisiko im Vergleich zur Restbevölkerung mit sich bringen.

Voraussetzung für die Anerkennung ist die versicherte Tätigkeit, die gesicherte Erkrankung an COVID-19 und die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen der beruflichen Exposition und der Erkrankung (Hochrisikobereich wie z.B. COVID-19-Stationen bzw. nachweislicher Kontakt mit Infizierten). Eine BK 38 kann nicht durch eine Infektion am Weg zum Arbeitsplatz verursacht werden.

Ob die oben genannten Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 38 vorliegen, muss wie bei sämtlichen Arten von (Arbeits-)unfällen und (Berufs-)krankheiten in jedem Einzelfall geprüft werden.

Frage 13: *Welche sozialen Folgen (z.B. Krankengeld, Invaliditätsleistungen) hat für die betroffenen Patientinnen die Nichtanerkennung als Berufserkrankung und welche rechtlichen Folgen für unselbständig Erwerbstätige?*

Die für das Zusammenspiel der Leistungsansprüche allgemein geltenden Regeln sind auch in diesen Fällen weiterhin anzuwenden.

Eine Nichtanerkennung einer Erkrankung an COVID-19 bzw. Long-COVID als BK 38 (oder als Arbeitsunfall) hat die Folge, dass die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht gewährt werden können.

Angemerkt wird, dass im Kontext der Unfallversicherung als „Invaliditätsleistungen“ im Sinne der zitierten Aussage der WHO am ehesten Versehrtenrenten nach § 203 ASVG bzw. § 101 B-KUVG bzw. Betriebsrenten nach § 149d BSVG in Frage kommen. Versehrtenrenten bzw. Betriebsrenten aufgrund einer Erkrankung an COVID-19 bzw. Long-COVID können nur dann gewährt werden, wenn diese Erkrankung als BK 38 anerkannt worden ist (siehe Frage 12).

Fragen 14 und 15:

- *Wie hoch wird der diesjährige finanzielle Aufwand des Gesundheitswesens für die medizinische Betreuung der Long-COVID-Kranken geschätzt? Wie hoch werden die diesjährigen Kosten für die österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) geschätzt?*
- *Mit welchen zusätzlichen Kosten ist für die Krankenversicherung auf Dauer für die Behandlung von Long-Covid-Erkrankten zu rechnen?*

Diese Fragen können mangels entsprechender Daten nicht beantwortet werden.

Den Krankenversicherungsträgern werden keine codierten Diagnosedaten übermittelt. Eine Kostenschätzung bzw. eine nachträgliche Zuordnung entstandener Kosten im Zusammenhang mit Long-COVID ist daher auch der ÖGK auf Basis der derzeitigen Datenlage und der Situation im Bereich der Diagnoseerfassung in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein

