BGW forschung

Berufskrankheiten 2026

Berufskrankheiten-Monitoring-Bericht – inklusive Trendanalysen über die vorangegangenen zehn Jahre











FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

BGW
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

Expertinnen/Experten

Berufskrankheiten 2026

Berufskrankheiten-Monitoring-Bericht – inklusive Trendanalysen über die vorangegangenen zehn Jahre

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

BGW

Impressum

Berufskrankheiten 2026
Berufskrankheiten-Monitoring-Bericht – inklusive Trendanalysen über die vorangegangenen zehn Jahre
Stand September 2026
© 2026 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Herausgegeben von
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37
22089 Hamburg

Telefon: +49 40 20207-0
Telefax: +49 40 20207-2495
www.bgw-online.de

Artikelnummer
BGW 55-83-501

Autorinnen und Autoren
Claudia Westermann, BGW Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften, Bereich Gesundheitswissenschaften
Albert Nienhaus, BGW Abteilungsleiter Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften
Manfred Siliax, BGW Reha-Koordination, Bereich Statistik

Fachliche Beratung
Claudia Drechsel-Schlund, BGW, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin
Stefanie Awe, BGW Reha-Koordination, Bereich Rehabilitation
Iven Schneickert, BGW, Arbeitsbereichsleiter Berufskrankheiten und Erstbearbeitung

Redaktion
Mareike Berger, BGW Kommunikation
Bonni Narjes, Media Contor, Hannover

Gestaltung und Satz
Creative Comp. – Iddo Franck, Hamburg

Fotos
Alle fotolia – Alexander Limbach, ASDF, Kara, Kurhan, metamorworks (Titel)

Druck
BGW-Druckservice, Hamburg

Inhalt

Vorwort 7

1 Zusammenfassung 8

2 Datengrundlage 10
2.1 Besonderheiten einzelner Fallkonstellationen 10
2.2 Auswirkungen des weiterentwickelten Berufskrankheiten-Rechts 11

3 Übersichten zum Berufskrankheiten-Geschehen 13
3.1 Entwicklung des BK-Geschehens im Zeitraum von 2016 bis 2025 13
3.2 Entwicklung der Leistungsfälle und deren Kosten im Zeitraum von 2016 bis 2025 14

4 Ausgewählte Berufskrankheiten 17
4.1 Häufigste Berufskrankheiten 17
4.1.1 Die zehn häufigsten anerkannten Berufskrankheiten 17
4.1.2 Die zehn häufigsten anerkannten Berufskrankheiten nach Geschlecht 19
4.1.3 Die vier häufigsten gemeldeten Berufskrankheiten nach Geschlecht und Alter (2025) 20
4.2 Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) 22
4.3 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) 27
4.4 Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301/BK-Nr. 4302) 31
4.5 Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) 35

5 Sonderthema: Forschungsstudien zu COVID-19-Erkrankungen im beruflichen Kontext **45**
5.1 COVID-19-Infektion: Wesentliche Ergebnisse einer Längsschnittbefragung von Versicherten der BGW 45
5.2 Post-COVID: Erkenntnisse und Versorgungsbedarfe aus dem Register der BG Kliniken 57

6 Anhang **71**
6.1 Abbildungen 71
6.2 Tabellen 72
6.3 Abkürzungen 73
6.4 Glossar 74

Literaturverzeichnis 76

Kontakt – Ihre BGW-Standorte und Kundenzentren 82

Impressum 4

Vorwort

Der vorliegende Bericht stellt das Berufskrankheiten-Geschehen bei der BGW im Jahr 2025 sowie die Trends der vorangegangenen zehn Jahre bei gemeldeten und anerkannten Berufskrankheiten dar. Die BGW möchte mit diesem Bericht ein Fachpublikum innerhalb der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und darüber hinaus informieren.

Im Mai 2025 ist die Geschichte der Berufskrankheiten 100 Jahre alt geworden. In der ersten Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) von 1925 waren Infektionen noch nicht aufgeführt. Erst vier Jahre später – im Zuge der Erweiterung der Unfallversicherung auf das Gesundheitswesen – wurde die Liste der Berufskrankheiten um Infektionskrankheiten erweitert. Während damals Tuberkulose oder Hepatitis im Vordergrund standen, ist heute die durch das SARS-CoV-2 verursachte COVID-19-Erkrankung die häufigste Berufskrankheit. Sie führte allein in der BGW zu fast 281.000 anerkannten Fällen mit gut 4.600 Versicherten im Reha-Management. Die Nationale Dekade gegen Postinfektiöse Erkrankungen des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) rückt Long COVID sowie andere komplexe Multisystemerkrankungen wie das chronische Fatigue-Syndrom in den gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Fokus. Ziel ist eine engere Vernetzung von Forschung und Versorgung, um die Behandlung von Betroffenen zu verbessern (BMFTR, 2026). Vor diesem Hintergrund stellen wir in Kapitel 5 dieses zweiten Berufskrankheiten-Monitoring-Berichts zwei Forschungsarbeiten mit BGW-Beteiligung zu Long COVID beziehungsweise Post-COVID als Sonderthema vor.

Neben der Versorgung gehört die Prävention zu den zentralen Aufgaben der Unfallversicherung und damit auch der BGW. Sie wurde insbesondere mit der Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts gestärkt. Daher legt der Bericht ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklung der Individualprävention im Berufskrankheiten-Verfahren. Die BGW setzt Maßnahmen der Frühintervention ein, um Berufskrankheiten wie Haut- und Rückenleiden, die zu den häufigsten gemeldeten Berufskrankheiten gehören, frühzeitig vorzubeugen. Sie bietet im Rahmen von Angeboten zur Individualprävention – von Hautschutzseminaren bis zum Rückenkolleg –zielgerichtet Maßnahmen an, um die Gesundheit von Beschäftigten zu stärken und ihre berufliche Tätigkeit zu erhalten.

Um den Arbeitsschutz weiterentwickeln zu können, ist es wichtig, die statistischen Daten zu Berufskrankheiten und zu Leistungen wegen drohender oder anerkannter Berufskrankheiten näher zu analysieren. Daher erfolgen auch Darstellungen getrennt nach Geschlecht, um mögliche Unterschiede sichtbar zu machen. Dadurch lassen sich Präventions- und Versorgungsstrategien überprüfen und Anlässe für Weiterentwicklungen identifizieren. Dieser Bericht soll hierzu einen Beitrag leisten.

Hamburg im September 2026

Prof. Dr. Albert Nienhaus
Abteilungsleitung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften

1 Zusammenfassung

Der Bericht über das Berufskrankheiten-Monitoring (BK-Monitoring) zeigt die Entwicklung der Fallzahlen und der Kosten von Berufskrankheiten bei der BGW im Jahr 2025 und im Zeitraum der vorangegangenen zehn Jahre auf.

Im Wesentlichen handelt es sich um folgende Inhalte:

- Übergreifende Entwicklungen
  - 2025 sinkt die Zahl der BK-Verdachtsanzeigen wieder auf das Niveau des Zeitraums vor der COVID-19-Pandemie (2025: 12.179; 2019:12.192).
  - Durch den Rückgang der als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankungen hat die Zahl der Anerkennungen im Vergleich zum Vorjahr 2024 insgesamt um 19 Prozent abgenommen.
  - Die Zahl der neuen BK-Renten steigt seit 2023. Dies ist wesentlich auf eine Zunahme der Renten für die Folgen von COVID-19-Erkrankungen zurückzuführen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg 2025 die Zahl um zwölf Prozent, im Vergleich zu 2023 sogar um 90 Prozent.
  - Im Jahr 2025 betrugen die jährlichen Aufwendungen für Berufskrankheiten 139 Millionen Euro.

- Ausgewählte Berufskrankheiten
  - Fast alle Berufskrankheiten, die die BGW im Jahr 2025 anerkannte, entfallen auf die zehn am häufigsten anerkannten: An der Spitze stehen Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101), gefolgt von Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) und bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108).
  - Differenziert nach Geschlecht stehen Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) sowohl bei Frauen als auch bei Männern an erster und Hauterkrankungen im Sinne der BK-Nr. 5101 an zweiter Stelle. Bei Frauen folgen bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108), bei Männern Hautkrebs und Gefährdungen durch natürliche UV-Strahlung (BK-Nr. 5103).

- Sonderthema
  - Die Ergebnisse einer Längsschnittbefragung unter Versicherten der BGW verdeutlichen, dass zwei Jahre nach einer berufsbedingten SARS-CoV-2-Infektion persistierende Symptome zu einer signifikant verringerten Arbeitsfähigkeit führen. Davon sind insbesondere Frauen, ältere Beschäftigte und Pflegefachkräfte betroffen.
  - Das Post-COVID-Register der berufsgenossenschaftlichen Kliniken (BG Kliniken) und der BGW analysiert branchenübergreifend systematisch die Langzeitfolgen berufsbedingter SARS-CoV-2-Infektionen. Diese Studie soll auf Basis klinisch erhobener Daten dazu beitragen, die Heilverfahrenssteuerung und Rehabilitation zu optimieren.

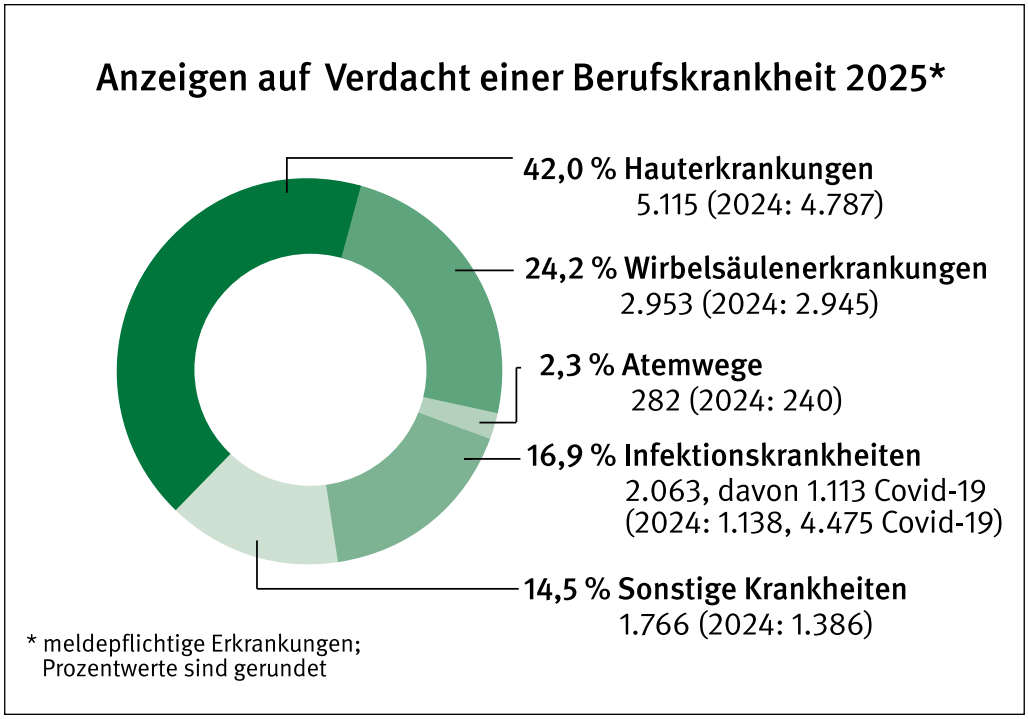


Abbildung 1: Anzeigen des Verdachts auf eine Berufskrankheit 2025 im Vergleich zu 2024 (meldepflichtige Fälle) (BGW, 2024)

Das BK-Geschehen bei der BGW wurde seit der COVID-19-Pandemie durch beruflich bedingte Übertragungen des SARS-CoV-2 bestimmt. Im Jahr 2025 stehen mit 42 Prozent aller Verdachtsanzeigen Hauterkrankungen wieder an erster Stelle, gefolgt von Wirbelsäulenerkrankungen auf Platz zwei und Infektionskrankheiten an dritter Stelle (vgl. Abbildung 1). Auch bei den Verdachtsanzeigen nähert sich die Fallzahlentwicklung derjenigen im Zeitraum vor der Pandemie an (siehe Tabelle 1).

2 Datengrundlage

Die folgenden Kapitel zeigen Entwicklungen des BK-Geschehens bei der BGW innerhalb eines umschriebenen Zeitraums auf. Grundlage sind zusammengeführte (aggregierte) Daten, die keinen Rückschluss auf einzelne Personen zulassen.

Die vorliegenden Auswertungen basieren auf Routinedaten der BGW zu Berufskrankheiten, die ihr in den Jahren 2016 bis 2025 angezeigt wurden beziehungsweise für die die BGW eine Entscheidung dokumentiert hat. Dazu bezieht sich der vorliegende Bericht sowohl auf den konservierten als auch auf den dynamischen, laufend aktualisierten Datensatz mit Stand Februar 2026. Die zu einer Fallauswahl gehörigen Daten stammen jedoch aus verschiedenen Quellen. Angaben zu Verdachtsanzeigen sowie Entscheidungen wurden aus der Berufskrankheiten-Dokumentation (BK-DOK) bezogen, Angaben zu Leistungsfällen, Leistungsarten und deren nominalen (nicht inflationsbereinigten) Kosten aus der Dokumentation der Reha- und Entschädigungsleistungen. Spezifische Angaben zur Datengrundlage enthält jeweils die Legende einer Tabelle

Der Begriff **„Berufskrankheiten“** bezeichnet Erkrankungen, die durch gesundheitsschädigende Einwirkungen bei der versicherten Tätigkeit entstehen und in der BKV aufgeführt sind. Im BK-Verfahren wird geprüft, ob ein BK-spezifisches Krankheitsbild, eine BK-typische arbeitsbedingte Einwirkung und darüber hinaus ein Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung vorliegt. Der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit ist grundsätzlich meldepflichtig.

2.1 Besonderheiten einzelner Fallkonstellationen

Verdachtsanzeigen umfassen alle bei der BGW eingegangenen Anzeigen des Verdachts auf eine Berufskrankheit, unabhängig davon, ob sich dieser Verdacht bestätigt. Verdachtsanzeigen können von Ärztinnen und Ärzten, Versicherten, Krankenkassen, Unternehmen oder anderen Stellen erstattet werden.

Anerkannte Fälle umfassen die Fälle unter den BK-Verdachtsanzeigen, bei denen sich im BK-Verfahren bestätigt hat, dass eine Berufskrankheit vorliegt. Seit 2019 gilt für die jährlichen Anerkennungen eine geänderte Zählweise: Fälle, die bereits in den Vorjahren als Berufskrankheit anerkannt wurden und für die ab dem Berichtsjahr 2019 erstmals eine Rente geleistet wird, zählen nicht mehr zusätzlich zu den Anerkennungen im Berichtsjahr. Die im Berichtsjahr anerkannten Fälle können sich sowohl auf Verdachtsanzeigen aus demselben Jahr als auch auf solche aus den Vorjahren beziehen, die im Berichtsjahr anerkannt wurden.

Neue Berufskrankheiten-Renten umfassen anerkannte Berufskrankheiten, bei denen im Berichtsjahr die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Entschädigung in Form einer Rente oder von Sterbegeld erstmals festgestellt wurden.

Nicht bestätigte Fälle umfassen abgelehnte Fälle unter den Verdachtsanzeigen, bei denen sich das Vorliegen einer Berufskrankheit im BK-Verfahren bisher nicht bestätigt hat. Gründe hierfür können sein:

- das Fehlen eines Ursachenzusammenhangs
- das Fehlen einer BK-typischen Erkrankung im Vollbeweis

– das Fehlen einer BK-typischen Einwirkung beziehungsweise ein noch nicht ausreichender Einwirkungswert

Bei einigen Berufskrankheiten mussten bis 2020 neben den medizinischen Merkmalen und der Feststellung der arbeitsbedingten Verursachung auch besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein, wie zum Beispiel die Aufgabe der schädigenden Tätigkeit. War nur Letztere nicht erfüllt, wurde zwar die Berufskrankheit im juristischen Sinne nicht anerkannt, es wurden jedoch gegebenenfalls im Rahmen der Individualprävention Maßnahmen nach § 3 BKV erbracht (Fallkonstellation bis 2020). Hierbei handelt es sich überwiegend um BK-Verdachtsanzeigen, bei denen als erste Entscheidung das Angebot einer Maßnahme nach § 3 BKV erfolgte. Diese Fälle sind unter den Maßnahmen nach § 3 BKV bis 2020 aufgeführt. Die Fälle aus dieser Fallkonstellation bis 2020 ohne Maßnahmen nach § 3 BKV werden nicht dargestellt. Sie machten zuletzt ein Prozent der entschiedenen Fälle aus (2020: 255 von 26.481, nicht in Tabelle).

Individualprävention – Maßnahmen nach § 3 BKV

Der Begriff „Individualprävention“ bezieht sich in diesem Bericht auf die von der BGW als Unfallversicherungsträgerin angebotenen Maßnahmen im Sinne des oben genannten Paragrafen. Geeignete Maßnahmen der Individualprävention sollen die Entstehung, das Wiederaufleben oder die Verschlimmerung einer Berufskrankheit verhindern. Dies soll durch eine Kombination verhaltenspräventiver Maßnahmen erreicht werden, die auf spezifische gesundheitliche Gefährdungen, wie den Umgang mit konkreten biologischen Substanzen beziehungsweise (Gefahr-)Stoffen und/oder bestimmten Arbeitsabläufen (beispielsweise Lastenhandhabung, Feuchtarbeit), zurückzuführen sind. Zu den Leistungen gemäß § 3 BKV zählen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, der Prävention am Arbeitsplatz und der Gesundheitspädagogik, Maßnahmen zur Teilhabe an Bildung, zur sozialen Teilhabe sowie weitere Maßnahmenarten. Bei den Maßnahmen zur Individualprävention wird ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sowie Maßnahmen der Prävention am Arbeitsplatz und gesundheitspädagogischen Maßnahmen angestrebt.

Das erstmalige Angebot einer Maßnahme nach § 3 BKV wird seit dem Berichtsjahr 2021 für alle Berufskrankheiten erfasst. Ein solches Angebot zur Individualprävention kann vor, nach oder auch zeitgleich mit einer versicherungsrechtlichen Entscheidung (zum Beispiel der Anerkennung oder Ablehnung der Berufskrankheit) erfolgen. Weitere Maßnahmen nach § 3 BKV können im Berichtsjahr oder in den nachfolgenden Jahren angeboten werden. Dann handelt es sich jedoch nicht um ein erstmaliges Maßnahmenangebot.

Zur Berechnung der §3 BKV-Quote werden die im Vorjahr angezeigten Fälle, in denen im Vorjahr oder im aktuellen Jahr mindestens eine Maßnahme im Sinne des § 3 BKV angeboten wurde, zu allen BK-Verdachtsanzeigen des Vorjahres ins Verhältnis gesetzt.

2.2 Auswirkungen des weiterentwickelten Berufskrankheiten-Rechts

Das Siebte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (7. SGB-IV-ÄndG) hat zur Fortentwicklung des Berufskrankheiten-Rechts in der gesetzlichen Unfallversicherung geführt. So bestehen unter anderem seit dem Wegfall des Unterlassungszwangs zum 1. Januar2021

für acht Berufskrankheiten mit Unterlassungszwang keine besonderen versicherungsrechtlichen Anerkennungsvoraussetzungen mehr. Zu diesen Berufskrankheiten gehören auch bei der BGW häufig angezeigte Krankheitsbilder wie Hauterkrankungen, bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule und Atemwegserkrankungen. In vielen dieser Fälle, in denen in der Vergangenheit eine berufliche Verursachung festgestellt wurde, aber wegen der Fortführung der gefährdenden Tätigkeit keine Anerkennung erfolgte, wurden regelmäßig Leistungen nach § 3 BKV erbracht.

Mit der Weiterentwicklung des Berufskrankheiten-Rechts zum 1. Januar 2021 wurde die Individualprävention durch den neuen § 9 Abs. 4 SGB VII gestärkt. Diese Neuerung sieht vor, dass Versicherte nicht nur einen Anspruch auf Beratung haben, sondern auch eine Mitwirkungspflicht besteht, an diesen Maßnahmen teilzunehmen. Ziel ist es, die Eigenverantwortung der Betroffenen zu stärken und sie durch persönliche Beratung am Arbeitsplatz in ihrer Handlungssicherheit zu fördern.

3 Übersichten zum Berufskrankheiten-Geschehen

3.1 Entwicklung des BK-Geschehens im Zeitraum von 2016 bis 2025

Tabelle 1 und Abbildung 2 liefern einen Überblick über das BK-Geschehen bei der BGW von 2016 bis einschließlich 2025. Die Entwicklung in dieser Zeitspanne schließt die Einflüsse der COVID-19-Pandemie auf das BK-Geschehen ein. Von 2016 bis 2019 bewegte sich die Zahl der BK-Verdachtsanzeigen relativ konstant zwischen 12.192 und 12.574. Ab 2020 waren die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in den bei der BGW versicherten Branchen zum Teil außergewöhnlich groß. Von 2020 bis 2023 wurde das BK-Geschehen durch COVID-19-Infektionen dominiert. Ein Rückgang dieser Verdachtsanzeigen im Vergleich zum Vorjahr wurde erstmals 2023 beobachtet. Seit 2024 nähern sich die Fallzahlen der Verdachtsanzeigen denjenigen im Zeitraum vor der Pandemie an.

Bei der Betrachtung des BK-Geschehens ohne Berücksichtigung der COVID-19-Fälle zeigt sich, dass die Zahl der Verdachtsanzeigen ab 2020 abnimmt. Dieser Rückgang lässt sich vermutlich vorwiegend durch Pandemieeffekte erklären. Während der ersten drei Jahre der COVID-19-Pandemie ist insgesamt ein Rückgang der Inanspruchnahme gesund-

Tabelle 1: BK-Geschehen der Jahre 2016 bis 2025, getrennt für Fälle mit und ohne COVID-19

Berichtsjahr	Verdachts-anzeigen	ohne COVID-19	Anerkannte Fälle*	ohne COVID-19	Neue BK-Renten	Nicht bestätigte Fälle	ohne COVID-19	§ 3 BKV**	Todesfälle
2016	12.348	12.348	1.012	1.012	189	5.004	5.004	8.411	25
2017	12.574	12.574	1.052	1.052	203	5.534	5.534	8.570	28
2018	12.235	12.235	1.195	1.195	220	5.227	5.227	8.174	31
2019	12.192	12.192	956	956	224	5.593	5.593	8.368	37
2020	31.844	10.947	13.010	917	195	7.454	4.209	7.362	23
2021	122.309	11.183	75.668	1.107	236	32.512	2.128	7.162	73
2022	237.828	10.332	147.013	1.256	216	73.178	2.033	6.629	50
2023	64.751	11.193	44.499	1.642	318	29.201	3.089	6.450	26
2024	14.981	10.506	5.336	2.013	536	8.143	3.756	5.900	25
2025	12.179	11.066	3.492	2.012	603	5.674	4.327	6.438	29

* Ab 2019: erstmals anerkannte Fälle

** Vor 2021: Fälle, in denen Maßnahmen nach § 3 BKV angeboten wurden.
Seit 2021: Fälle, in denen erstmals eine Maßnahme nach § 3 BKV angeboten wurde.

heitlicher Versorgungsleistungen zu beobachten (Heidemann et al., 2022; Klauber et al., 2022). Auch in den Folgejahren liegt die Zahl der Verdachtsanzeigen mit zum Beispiel 11.066 im Jahr 2025 unter dem Niveau der Jahre vor der Pandemie. Ohne die als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Fälle zeichnet sich eine Zunahme bei den BK-Anerkennungszahlen ab 2022 ab. Sie beruht vor allem darauf, dass der Unterlassungszwang im Rahmen der BK-Rechtsänderung entfallen ist.

Bei den §3-BKV-Maßnahmen zeigt sich während der Pandemie im Vergleich zu den Vorjahren eine Abnahmetendenz. Zum einen unterliegen individualpräventive Maßnahmen wie Seminare (zum Beispiel BGW-Hautseminare, BGW-Rückenkolleg) während der Pandemie strengen Hygienerichtlinien (kleinere Gruppen, Lockdowns). Zum anderen ist die Anzahl der BK-Meldungen ohne die COVID-19-Fälle ebenfalls rückläufig. Die Anzahl der neuen BK-Renten hat sich 2025 im Vergleich zu 2022 und früher mehr als verdreifacht. Die jährliche Zahl der Todesfälle steigt im zweiten Pandemiejahr auf den Höchstwert von 73 an, seit 2023 befindet sie sich wieder auf dem vorpandemischen Niveau und liegt 2025 bei 29.

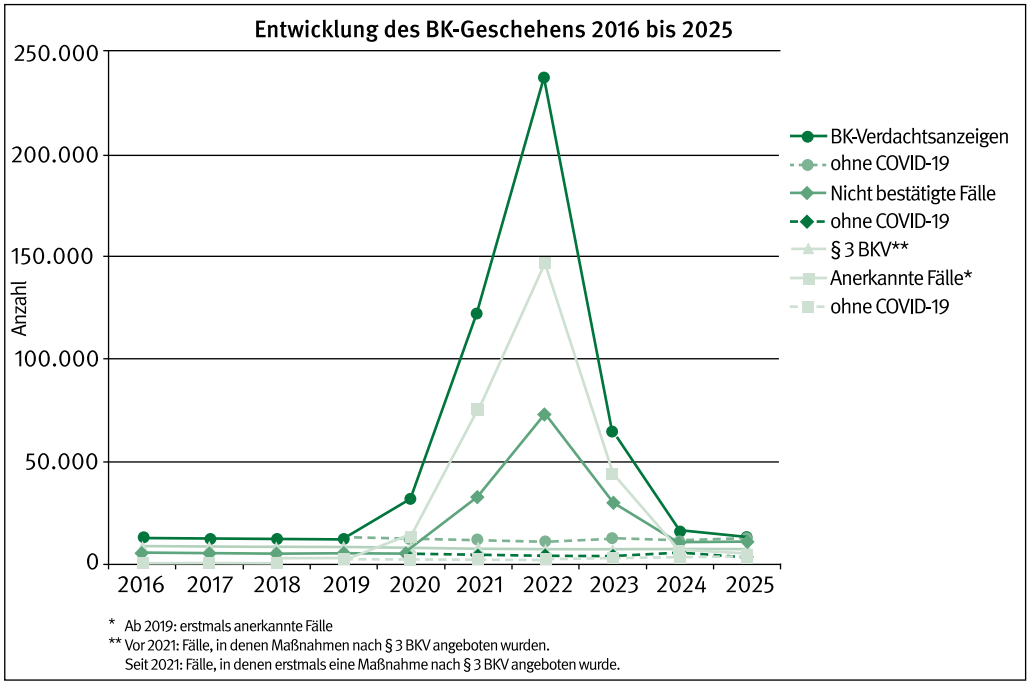


Abbildung 2: Entwicklung des BK-Geschehens in den Jahren 2016 bis 2025, getrennt für Fälle mit und ohne COVID-19

3.2 Entwicklung der Leistungsfälle und deren Kosten im Zeitraum von 2016 bis 2025

Die jährlichen Aufwendungen der BGW für Berufskrankheiten beliefen sich in den Jahren 2016 bis 2020 auf 90,1 bis 96,2 Millionen Euro (vgl. Tabelle 2). Der pandemiebedingte Anstieg der Zahl der BK-Fälle durch COVID-19 spiegelt sich in der Entwicklung der Leistungsfälle und -kosten in den Folgejahren wider. Ihren Höhepunkt erreichte diese Entwicklung im Jahr 2022 mit über 49.000 Leistungsfällen und Kosten von 199 Millionen Euro. Während die Zahl der Leistungsfälle von 2019 auf 2022 eher moderat ansteigt

(+26 Prozent), verdoppeln sich im selben Zeitraum die Leistungskosten (+107 Prozent). Ab 2023 gehen sowohl gesamt als auch fallbezogen die jährlichen Kosten erstmals wieder zurück. Dieser Trend setzt sich fort und geht mit einem Rückgang der Leistungsfälle in den Folgejahren einher. 2025 wendete die BGW bei 44.532 Leistungsfällen knapp 139 Millionen Euro auf. Im Vergleich zu 2019, dem Jahr vor der Pandemie, sind sowohl die Zahl der Leistungsfälle (+15 Prozent) als auch die Leistungskosten (+44 Prozent) gestiegen.

Die durchschnittlichen jährlichen Gesamtkosten pro Fall für BK-Leistungen lagen im Jahr 2021 erstmals über 3.000 Euro (vgl. Tabelle 2). 2025 machten – ohne Berücksichtigung der COVID-19-Fälle – Kosten für medizinische Rehabilitation sowie Renten und Abfindungen mit 46 beziehungsweise 43 Prozent den größten Anteil aus. Auf Leistungen an Hinterbliebene entfielen acht Prozent, auf Leistungen zur Teilhabe drei Prozent. Beide Leistungen hatten damit vergleichsweise geringe Anteile (vgl. Abbildung 3). Unter Berücksichtigung der COVID-19-Fälle zeigt sich auch im Jahr 2025 eine Verschiebung dieser Anteile zugunsten der medizinischen Rehabilitation: 52 Prozent der Kosten entfielen auf die medizinische Rehabilitation, 39 Prozent auf Renten und Abfindungen an Erkrankte, sechs Prozent auf Leistungen an Hinterbliebene und drei Prozent auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. Abbildung 3). Die gestiegenen Kosten für die medizinische Rehabilitation stehen im Zusammenhang mit den erhöhten Aufwendungen für die Versorgung der berufsbedingt an COVID-19 Erkrankten. Sie sind seit dem Peak im Jahr 2022 rückläufig. Bei den Renten zeigt sich ein gegenläufiger Trend: Im Vergleich zu 2022 sind sowohl die Zahl der Leistungsfälle (+12 Prozent) als auch die Kosten pro Fall (+34 Prozent) und insgesamt (+50 Prozent) gestiegen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Leistungsfälle und ihre Kosten nach Art der Leistung in den Jahren 2016 bis 2025

Jahr	Medizinische Rehabilitation			Leistungen zur Teilhabe			Renten an Erkrankte			Leistungen an Hinterbliebene			Leistungen Insgesamt		
	Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle*	Kosten in Euro	
		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.
2016	32.989	1.353	44,6	1.154	9.827	11,3	6.356	5.122	32,6	571	13.365	7,6	37.357	2.574	96,2
2017	33.667	1.260	42,4	1.137	9.663	11,0	6.278	5.284	33,2	561	13.682	7,7	37.922	2.486	94,3
2018	34.465	1.181	40,7	1.007	10.388	10,5	6.189	5.412	33,5	546	14.369	7,8	38.617	2.396	92,5
2019	34.801	1.265	44,0	962	10.128	9,7	6.130	5.595	34,3	546	14.664	8,0	38.861	2.472	96,1
2020	35.246	1.077	38,0	919	10.147	9,3	6.042	5.772	34,9	527	15.149	8,0	39.240	2.297	90,1
2021	38.925	2.065	80,4	1.009	8.997	9,1	5.987	5.859	35,1	557	15.225	8,5	42.899	3.100	133,0
2022	45.238	3.260	147,5	880	7.565	6,7	5.945	6.005	35,7	558	15.781	8,8	49.066	4.048	198,6
2023	44.558	2.769	123,4	756	7.850	5,9	6.020	6.423	38,7	526	17.366	9,1	48.201	3.675	177,1
2024	41.207	2.029	83,6	591	8.303	4,9	6.333	7.080	44,8	506	18.111	9,2	44.841	3.178	142,5
2025	40.994	1.748	71,7	493	8.516	4,2	6.637	8.067	53,5	494	18.557	9,2	44.532	3.112	138,6

* Die Summe der Leistungsfälle in den einzelnen Leistungsarten ergibt nicht die Anzahl der Leistungsfälle insgesamt, da ein Fall mehrere Leistungsarten erhalten kann.

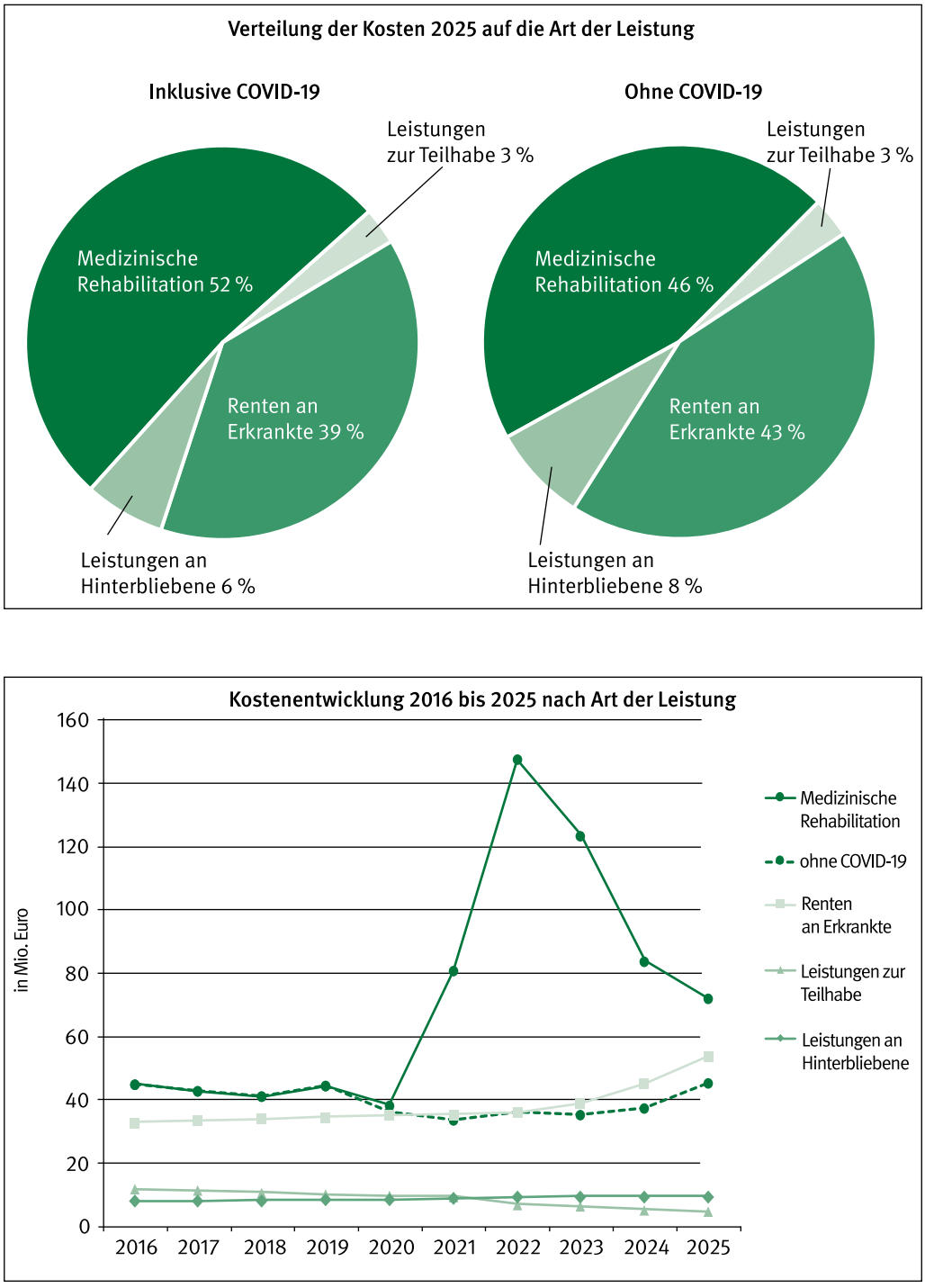


Abbildung 3: Verteilung der Kosten im Jahr 2025 und in den Jahren 2016 bis 2025 nach Art der Leistung

4 Ausgewählte Berufskrankheiten

4.1 Häufigste Berufskrankheiten

4.1.1 Die zehn häufigsten anerkannten Berufskrankheiten

In **Tabelle 3** sind die zehn Berufskrankheiten dargestellt, die im Jahr 2025 bei der BGW am häufigsten anerkannt wurden. Zusammen machen sie knapp 99 Prozent aller anerkannten Fälle beziehungsweise 98 Prozent der Anerkennungen ohne COVID-19-Fälle aus. Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) stehen auch nach der Pandemie mit knapp 60 Prozent an erster Stelle der anerkannten Berufskrankheiten, gefolgt von Hauterkrankungen (BK- Nr. 5101) mit 25 Prozent. Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) machen im Jahr 2025 acht Prozent, Hautkrebs (BK-Nr. 5103) und Karpaltunnel-Syndrom (BK-Nr. 2113) jeweils knapp zwei Prozent der anerkannten Berufskrankheiten aus. Ohne die COVID-19-Fälle haben Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) mit 43 Prozent den höchsten Anteil an den anerkannten Fällen,

Tabelle 3: Die zehn häufigsten Berufskrankheiten im Berichtsjahr 2025 (absolut und prozentual bezogen auf die Zahl der anerkannten Fälle)

Berufskrankheiten		Anerkannte Fälle	Neue BK-Renten	Anteil an allen anerkannten Fällen	Anerkannte Fälle ohne COVID-19	Anteil an allen anerkannten Fällen ohne COVID-19
3101	Infektionskrankheiten	2.094	364	60,0 %	614	30,5 %
5101	Hauterkrankungen	872	42	25,0 %	872	43,3 %
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule	279	130	8,0 %	279	13,9 %
5103	Hautkrebs, natürliche UV-Strahlung	57	8	1,6 %	57	2,8 %
2113	Karpaltunnel-Syndrom	55	6	1,6 %	55	2,7 %
2301	Lärmschwerhörigkeit	26	3	0,7 %	26	1,3 %
3102	Infektionskrankheiten, von Tier auf Mensch	23	0	0,7 %	23	1,1 %
1301	Harnblasenkrebs, aromatische Amine	14	15	0,4 %	14	0,7 %
4301	Atemwegserkrankungen (allergisch)	12	5	0,3 %	12	0,6 %
2116	Koxarthrose, Lastenhandhabung	11	6	0,3 %	11	0,5 %
	Übrige Berufskrankheiten	49	24	1,4 %	49	2,4 %
Gesamt		**3.492**	**603**	**100 %**	2.012	**100 %**

gefolgt von Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) und bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) mit knapp 31 beziehungsweise 14 Prozent. Bei den neuen BK-Renten stehen 2025 mit 60 Prozent Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) ganz oben, gefolgt von bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) und Hauterkrankungen (BK- Nr. 5101) mit 22 beziehungsweise sieben Prozent (Tabelle 3).

2025 wendete die BGW 127 Millionen Euro für die zehn häufigsten anerkannten Berufskrankheiten auf. Das sind 91 Prozent des Jahresgesamtvolumens der Leistungen für Berufskrankheiten. Die Verteilung der Kosten auf die einzelnen Berufskrankheiten ergibt sich aus **Abbildung 4.** An erster Stelle stehen die von Mensch zu Mensch übertragenen Infektionskrankheiten (59 Millionen Euro), an zweiter bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (34 Millionen Euro) und an dritter Hauterkrankungen (23 Millionen Euro).

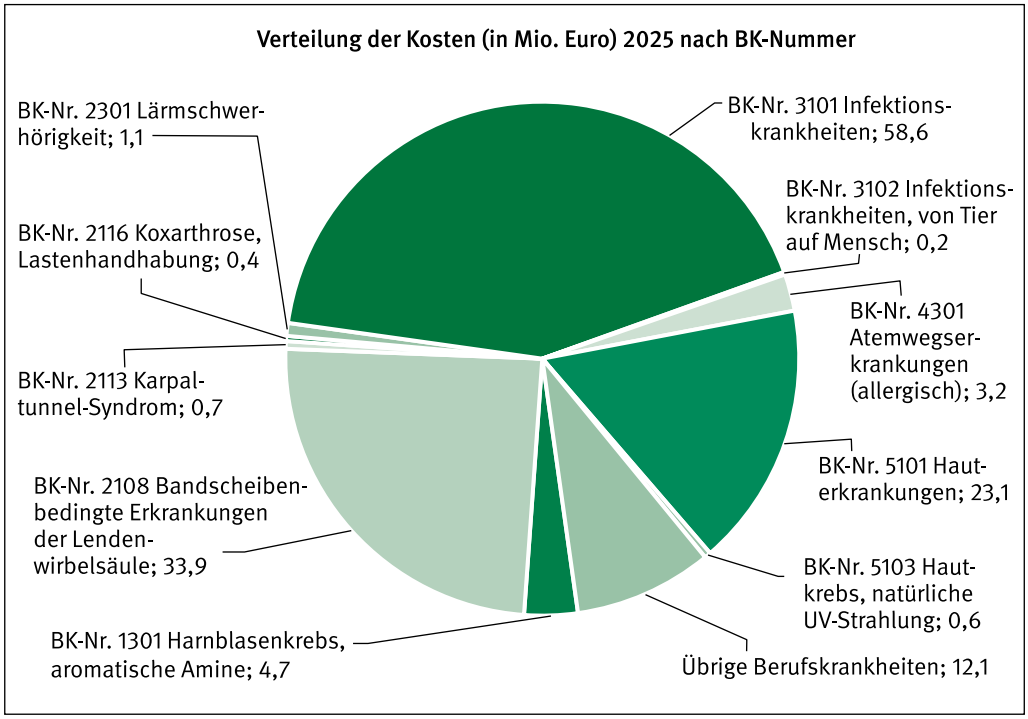


Abbildung 4: Verteilung der Kosten (in Mio. Euro) für die häufigsten anerkannten Berufskrankheiten im Jahr 2025

4.1.2 Die zehn häufigsten anerkannten Berufskrankheiten nach Geschlecht

In **Tabelle 4** sind die zehn häufigsten anerkannten Berufskrankheiten des Jahres 2025 getrennt nach Frauen und Männern aufgelistet. Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) stehen im Jahr 2025 sowohl bei Frauen als auch bei Männern an erster Stelle. Sie machen 59 Prozent der anerkannten Berufskrankheiten bei Frauen und 63 Prozent bei Männern aus. Hauterkrankungen im Sinne der BK-Nr. 5101 sind bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste anerkannte Berufskrankheit. Danach folgen bei den Frauen bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108), das Karpaltunnel-Syndrom (BK-Nr. 2113) sowie Hautkrebs und Gefährdungen durch natürliche UV-Strahlung (BK-Nr. 5103). Bei Männern stehen Hautkrebs und Gefährdungen durch natürliche UV-Strahlung (BK-Nr.5103) an dritter Position, gefolgt von bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) und Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301).

Die hohe Zahl der anerkannten Fälle mit der BK-Nr. 3101 trägt im Jahr 2025 dazu bei, dass 84 Prozent der anerkannten Berufskrankheiten auf Frauen und 16 Prozent auf Männer entfallen. Auch im Zeitraum vor der Pandemie entfiel ein ähnlich hoher Anteil der anerkannten Berufskrankheiten auf Frauen (2019: 74 Prozent; 2018: 79 Prozent). Dies ist der Tatsache geschuldet, dass die meisten Versicherten der BGW in Gesundheits- und Sozialberufen tätig sind. In diesen Berufsgruppen liegt der Frauenanteil bei mindestens 74 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2026; Suhr, 2023).

Tabelle 4: Die zehn häufigsten anerkannten Berufskrankheiten im Jahr 2025 nach Geschlecht

Frauen		Männer	
Berufskrankheiten	**Anzahl**	**Berufskrankheiten**	**Anzahl**
3101 Infektionskrankheiten	1.738	3101 Infektionskrankheiten	356
5101 Hauterkrankungen	796	5101 Hauterkrankungen	76
2108 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule	246	5103 Hautkrebs, natürliche UV-Strahlung	34
2113 Karpaltunnel-Syndrom	50	2108 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule	33
5103 Hautkrebs, natürliche UV-Strahlung	23	2301 Lärmschwerhörigkeit	25
3102 Infektionskrankheiten, von Tier auf Mensch	17	1301 Harnblasenkrebs, aromatische Amine	8
4301 Atemwegserkrankungen (allergisch)	11	3102 Infektionskrankheiten, von Tier auf Mensch	6
2116 Koxarthrose, Lastenhandhabung	11	2113 Karpaltunnel-Syndrom	5
4302 Atemwegserkrankungen (toxisch)	7	4105 Mesotheliom, Asbest	4
1301 Harnblasenkrebs, aromatische Amine	6	4103 Asbestose, Asbest	2
Übrige Berufskrankheiten	26	Übrige Berufskrankheiten	12
Gesamt	**2.931**	**Gesamt**	**561**

4.1.3 Die vier häufigsten gemeldeten Berufskrankheiten nach Geschlecht und Alter (2025)

Für die vier Berufskrankheiten, die der BGW 2025 am häufigsten gemeldet wurden, wurde zusätzlich das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der BK-Verdachtsanzeige untersucht. Die Ergebnisse sind nach Geschlecht differenziert in **Tabelle 5** dargestellt. Insgesamt entfallen rund 84 Prozent der BK-Verdachtsanzeigen auf weibliche Versicherte. Hinsichtlich des Alters bei der Anzeige des BK-Verdachts gibt es nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei Hauterkrankungen liegt das durchschnittliche Meldealter bei etwa 39 Jahren, bei bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule bei etwa 50 Jahren und bei Atemwegserkrankungen bei 48. Zum Zeitpunkt der Anzeige des Verdachts auf eine Infektionskrankheit sind Frauen im Durchschnitt drei Jahre älter als Männer.

Tabelle 5: Verdachtsanzeigen und mittleres Meldealter bezogen auf die vier häufigsten Berufskrankheiten, die der BGW im Jahr 2025 gemeldet wurden, getrennt nach Geschlecht

Berufskrankheit	Verdachtsanzeigen: durchschnittliches Alter bei Meldung in Jahren					
	Frauen			Männer		
	Anzeigen	Anteil	Alter	Anzeigen	Anteil	Alter
5101 Hauterkrankungen	4.430	87,1 %	39,8	681	12,9 %	38,0
2108 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule	2.308	85,4 %	50,9	400	14,6 %	49,9
4301/4302 Atemwegserkrankungen	233	83,1 %	48,7	49	16,9 %	47,9
3101 Infektionskrankheiten	1.623	82,6 %	46,9	352	17,4 %	43,7
Übrige Berufskrankheiten	1.540	74,1 %	55,2	548	26,0 %	59,7
Gesamt	**10.134**	**83,8 %**	**46,0**	**2.030**	**16,2 %**	**47,4**

Aufgrund fehlender Angaben zum Geschlecht sind Abweichungen von den Gesamtzahlen möglich.

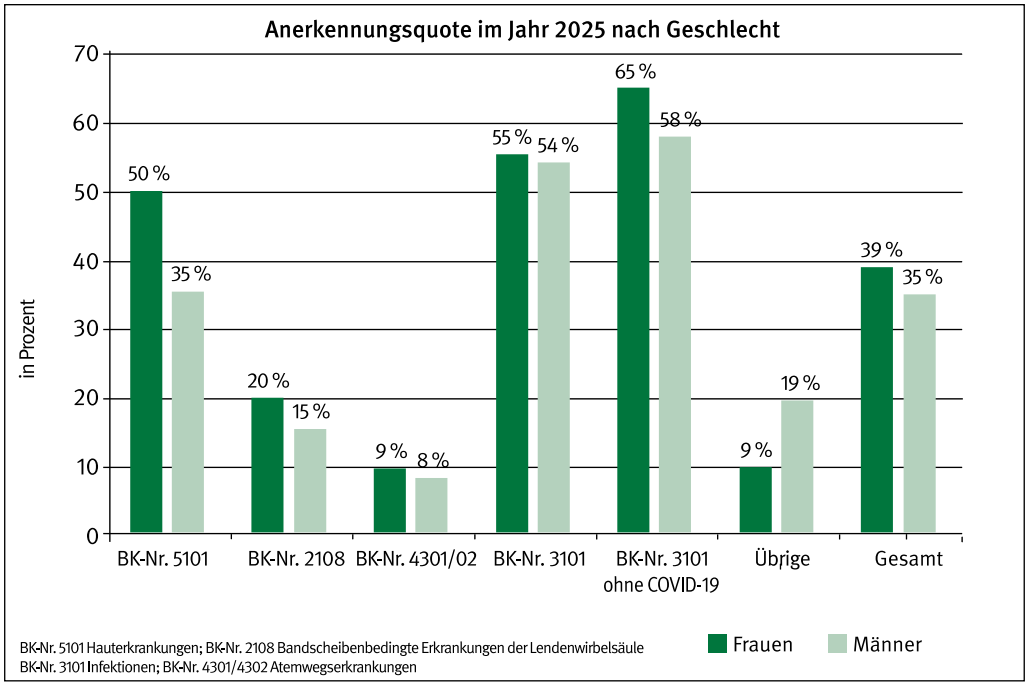


Abbildung 5: Anerkennungsquoten im Jahr 2025 der vier am häufigsten bei der BGW angezeigten Berufskrankheiten, getrennt nach Geschlecht

Die Anerkennungsquoten der vier Berufskrankheiten, die der BGW am häufigsten gemeldet werden, liegen bei Frauen gemessen an der Zahl der Entscheidungen für das Jahr 2025 bei 39 Prozent und bei den Männern bei 35 Prozent (vgl. Tabelle 6). Im Geschlechtervergleich zeigen sich insbesondere bei Hauterkrankungen Unterschiede: Die Anerkennungsquote ist bei Frauen um 15 Prozentpunkte höher (siehe Abbildung 5).

Tabelle 6: Entschiedene Fälle und Anerkennungsquoten im Jahr 2025 der vier am häufigsten bei der BGW angezeigten Berufskrankheiten, getrennt nach Geschlecht

Berufskrankheit	Entschiedene Fälle*: Anerkennungsquote					
	Frauen			Männer		
	Entschieden	Anerkannt	Quote	Entschieden	Anerkannt	Quote
5101 Hauterkrankungen	1.588	796	50,1 %	215	76	35,3 %
2108 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule	1.241	246	19,8 %	217	33	15,2 %
4301/4302 Atemwegserkrankungen	191	18	9,4 %	38	3	7,9 %
3101 Infektionskrankheiten	3.137	1.738	55,4 %	657	356	54,2 %
3101 Infektionskrankheiten ohne COVID-19	734	479	65,3 %	233	135	57,9 %
Übrige Berufskrankheiten	1.402	133	9,5 %	480	93	19,4 %
Gesamt	**7.559**	**2.931**	**38,8 %**	**1.607**	**561**	**34,9 %**

* Erstmals anerkannte und nicht bestätigte Fälle im Berichtsjahr.

4.2 Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101)

Verschiedene Studien zeigten, dass die frühzeitige Meldung einer Hauterkrankung und die Durchführung von Maßnahmen der sekundären Individualprävention der Entwicklung chronischer Hauterkrankungen entgegenwirken können (Thyssen et al., 2022). Da schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) zu den häufigsten gemeldeten Berufskrankheiten bei der BGW gehören, steht daher bei Eingang der entsprechenden Verdachtsanzeigen das schnelle Angebot individualpräventiver Maßnahmen im Vordergrund. Dies kann eine BK-Entstehung verhindern und einen Verbleib in der versicherten Tätigkeit ermöglichen. Deshalb strebt die BGW für Hauterkrankungen eine frühzeitigere BK-Verdachtsanzeige und Entscheidung über Maßnahmen nach § 3 BKV an. Bei Hauterkrankungen sinkt die Zahl der BK-Verdachtsanzeigen innerhalb von zehn Jahren um 28 Prozent und damit um mehr als 2.000 Fälle (2016: 7.149; 2025: 5.115). Dabei fällt der Rückgang im Jahr 2022 gegenüber 2021 am deutlichsten aus (vgl. Tabelle 7 und Abbildung 6). Parallel zum Rückgang der Zahl der Verdachtsanzeigen nimmt auch die Zahl der Fälle ab, in denen Maßnahmen nach § 3 BKV angeboten wurden. Diese Entwicklung wurde ab 2020 zusätzlich durch die Pandemie beeinflusst, insbesondere aufgrund von Lockdowns und strengen Hygienerichtlinien.

Paragraf 3 BKV ist die Rechtsgrundlage, um individualpräventive Maßnahmen durchzuführen. Das gilt sowohl vor als auch nach Anerkennung einer Berufskrankheit. Seit 2021 wird das erstmalige Angebot dieser Maßnahmen nach § 3 BKV erfasst. Dies war im Jahr 2025 bei 4.556 Versicherten der Fall. Ein Anstieg der Zahl der anerkannten Fälle ist ab 2021 durch die BK-Rechtsänderung und den damit einhergehenden Wegfall des Unterlassungszwangs zu beobachten. Dazu zählen auch wiederaufgenommene Fälle, die aufgrund fehlender Berufsaufgabe in der Vergangenheit abgelehnt worden waren. Im Vergleich zu 2020 hat sich die Zahl der Anerkennungen im Jahr 2025 mehr als verachtfacht, die Zahl der neuen BK-Renten verdoppelt. Die Zahl der nicht bestätigten Fälle erhöht sich über den gesamten Beobachtungszeitraum um 47 Prozent.

Tabelle 7: BK-Geschehen bei Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) in den Jahren 2016 bis 2025

Berichtsjahr	Verdachts-anzeigen	Anerkannte Fälle*	Neue BK-Renten	Nicht bestätigte Fälle	§ 3 BKV**
2016	7.149	175	38	634	6.467
2017	6.850	156	31	588	6.371
2018	6.652	171	28	459	6.058
2019	6.427	117	32	457	5.961
2020	6.327	101	16	451	5.835
2021	6.147	475	21	492	5.464
2022	4.904	498	26	397	4.451
2023	5.104	610	31	623	4.394
2024	4.787	987	34	740	4.041
2025	5.115	872	42	931	4.556

* Ab 2019: erstmals anerkannte Fälle

** Vor 2021: Fälle, in denen Maßnahmen nach § 3 BKV angeboten wurden.
Seit 2021: Fälle, in denen erstmals eine Maßnahme nach § 3 BKV angeboten wurde.

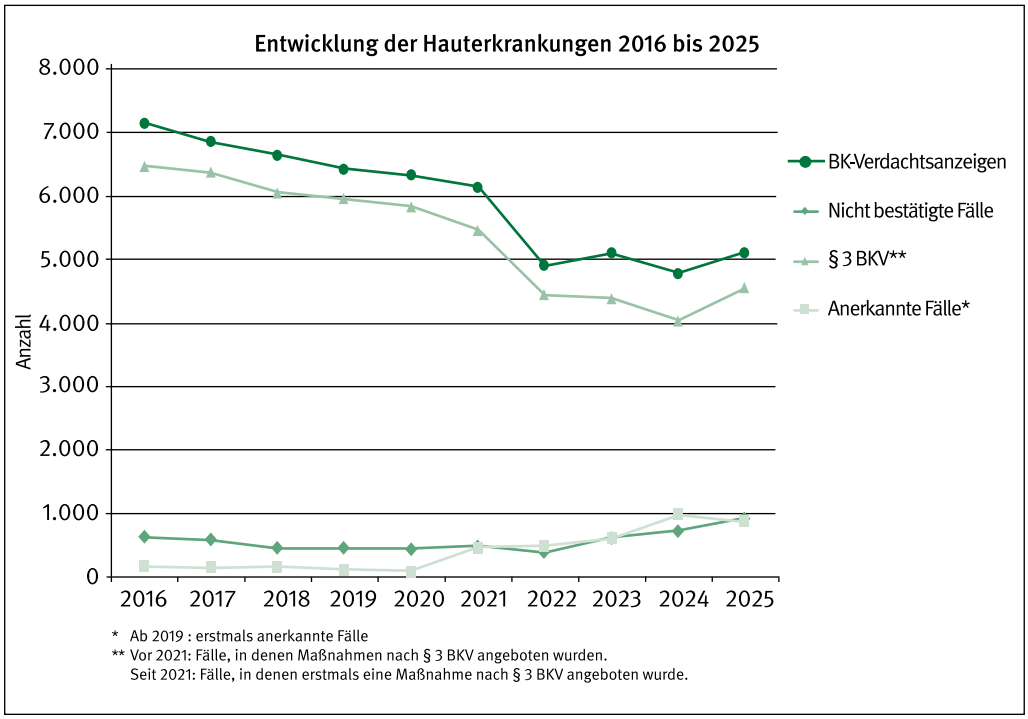


Abbildung 6: Entwicklung der Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) in den Jahren 2016 bis 2025

Entwicklung der Leistungsfälle und deren Kosten bei Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) im Zeitraum von 2016 bis 2025

Insgesamt wendete die BGW 2025 etwas mehr als 23 Millionen Euro für Hauterkrankungen auf (vgl. Tabelle 8). Davon entfielen 12,5 Millionen Euro (54 Prozent) auf medizinische Rehabilitation, 2,2 Millionen Euro (zehn Prozent) auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, 8,3 Millionen Euro (36 Prozent) auf Renten und Abfindungen an Erkrankte und 0,1 Millionen Euro auf Leistungen an Hinterbliebene.

Trotz leichter Schwankungen bleibt die Zahl der Leistungsfälle pro Jahr im betrachteten Zeitraum bis 2020 insgesamt stabil bei über 19.000, bei gleichzeitig leicht sinkenden durchschnittlichen Fallkosten (-8 Prozent). In den Folgejahren sinkt die Zahl der Leistungsfälle um acht Prozent (2020: 19.277, 2025: 17.788) bei gleichbleibenden Fallkosten. Abweichungen zeigen sich bei einzelnen Leistungsarten: Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gingen Fallzahlen sowie Gesamtkosten insgesamt jeweils um 70 Prozent zurück, bei Renten und Abfindungen stiegen die Fallkosten (+40 Prozent) bei einer leichten Abnahme der Fallzahl (-10 Prozent). Veränderungen finden sich auch bei den Leistungen an Hinterbliebene. Allerdings handelt es sich hier um Einzelfälle mit hohen Aufwendungen.

Tabelle 8: Leistungsfälle und Kosten für Versicherte mit Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) nach Art der Leistung in den Jahren 2016 bis 2025

Jahr	Medizinische Rehabilitation			Leistungen zur Teilhabe			Renten an Erkrankte			Leistungen an Hinterbliebene			Leistungen Insgesamt		
	Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle*	Kosten in Euro	
		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.
2016	17.712	778	13,8	679	10.867	7,4	2.092	3.150	6,6	2	12.668	0,0	19.605	1.417	27,8
2017	17.971	748	13,4	633	11.343	7,2	2.077	3.277	6,8	1	26.080	0,0	19.812	1.386	27,5
2018	17.367	759	13,2	573	11.714	6,7	2.036	3.321	6,8	1	26.749	0,0	19.182	1.391	26,7
2019	17.226	792	13,6	523	11.325	5,9	2.026	3.514	7,1	1	27.605	0,0	19.009	1.405	26,7
2020	17.528	692	12,1	485	12.078	5,9	1.996	3.491	7,0	1	28.521	0,0	19.277	1.296	25,0
2021	16.912	645	10,9	418	12.449	5,2	1.965	3.566	7,0	1	29.004	0,0	18.629	1.242	23,1
2022	17.035	694	11,8	338	11.815	4,0	1.951	3.678	7,2	1	29.780	0,0	18.708	1.231	23,0
2023	15.594	659	10,3	272	10.984	3,0	1.915	3.877	7,4	2	15.631	0,0	17.193	1.205	20,7
2024	15.107	708	10,7	196	11.041	2,2	1.901	4.116	7,8	2	16.296	0,0	16.665	1.243	20,7
2025	16.305	768	12,5	172	12.932	2,2	1.886	4.411	8,3	1	33.979	0,0	17.788	1.298	23,1

* Die Summe der Leistungsfälle in den einzelnen Leistungsarten ergibt nicht die Anzahl der Leistungsfälle insgesamt, da ein Fall mehrere Leistungsarten erhalten kann.

Entwicklung der Individualprävention bei Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) in den Jahren 2016 bis 2025

Der Begriff „Individualprävention“ bezieht sich auf die von der BGW angebotenen Maßnahmen im Sinne des § 3 BKV. Diese betreffen den gesetzlichen Leistungsanspruch einer versicherten Person: Sie hat Anspruch auf wirksame Maßnahmen, die das Entstehen, das Wiederaufleben beziehungsweise die Verschlimmerung einer Berufskrankheit verhüten können. Diese beinhalten als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation den dermatologischen Behandlungsauftrag im Hautverfahren der BGW, sie können auch als stationäre Heilbehandlung angeboten werden. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitspädagogik sind unter anderem Hautsprechstunden, Hautschutzseminare, Arbeitsplatzbegleitung sowie die stationäre berufsdermatologische Rehabilitation in spezialisierten Kliniken bei sehr schweren Hauterkrankungen. Letztere wird überwiegend als gesundheitspädagogische Maßnahme angeboten, sie beinhaltet aber auch medizinische Leistungen.

Während der Pandemie ist die Gesamtzahl der jährlich angebotenen Maßnahmen rückläufig. Der überproportionale Rückgang bei Maßnahmen der Prävention und Gesundheitspädagogik ist auf die strengen Hygiene- und Kontaktrichtlinien während der Pandemie zurückzuführen. Dadurch verschoben sich die prozentualen Anteile zugunsten der medizinischen Rehabilitation. 2025 verteilen sich „Medizinische Rehabilitation“ und „Prävention/Gesundheitspädagogik“ mit 48 beziehungsweise rund 52 Prozent relativ ausgewogen im Maßnahmenspektrum (vgl. Tabelle 9 und Abbildung 7). Zu den „übrigen Maßnahmen“ zählen beispielsweise Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben oder Umschulungen. Der Anteil dieser Maßnahmen nimmt seit Jahren deutlich ab und liegt seit 2018 konstant unter einem Prozent.

Um die § 3 BKV-Quote zu berechnen, werden alle im Vorjahr angezeigten Verdachtsfälle, in denen Maßnahmen nach § 3 BKV angeboten wurden (im Vorjahr oder im laufenden Jahr), ins Verhältnis zu allen BK-Verdachtsanzeigen des Vorjahres gesetzt. Die durchschnittliche § 3 BKV-Quote für Hauterkrankungen liegt über den gesamten Zeitraum zwischen 86 und 92 Prozent. Eine hohe § 3 BKV-Quote kann dazu beitragen, eine Tätigkeitsaufgabe zu verhindern. Neben einer hohen § 3 BKV-Quote strebt die BGW an, bei der BK-Nr. 5101 Maßnahmen nach § 3 BKV möglichst frühzeitig anzubieten – innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der BK-Verdachtsanzeige. In den vier Jahren der Pandemie erreichte sie dies in 77 Prozent der Fälle, in 2025 in 70 Prozent.

Tabelle 9: Individualprävention bei Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) in den Jahren 2016 bis 2025

Berichtsjahr	Medizinische Rehabilitation		Prävention und Gesundheitspädagogik		Übrige Maßnahmen		Gesamt		§ 3 BKV-Quote***	Anteil Entscheidungen innerhalb von 14 Tagen****
	Zahl der Maßnahmen	Anteil*	Zahl der Maßnahmen	Anteil*	Zahl der Maßnahmen	Anteil*	Zahl der Maßnahmen	Fälle mit Maßnahmen**		
2016	7.965	38,6 %	12.657	61,3 %	13	0,1 %	20.635	6.447	89,7 %	84,8 %
2017	7.632	37,2 %	12.861	62,7 %	14	0,1 %	20.507	6.314	89,4 %	87,9 %
2018	7.453	37,1 %	12.650	62,9 %	6	0,0 %	20.109	6.108	90,1 %	88,4 %
2019	7.190	35,7 %	12.945	64,3 %	7	0,0 %	20.142	5.905	89,7 %	86,0 %
2020	6.958	37,5 %	11.595	62,5 %	5	0,0 %	18.558	5.696	89,0 %	85,1 %
2021	7.003	47,5 %	7.750	52,5 %	1	0,0 %	14.754	5.487	87,4 %	74,0 %
2022	6.974	52,0 %	6.426	48,0 %	1	0,0 %	13.401	5.643	92,3 %	74,0 %
2023	5.409	54,4 %	4.534	45,6 %	0	0,0 %	9.943	4.489	91,9 %	72,2 %
2024	5.522	53,5 %	4.797	46,5 %	0	0,0 %	10.319	4.472	88,5 %	68,9 %
2025	4.345	47,9 %	4.727	52,1 %	1	0,0 %	9.073	4.106	86,1 %	69,9 %

Berechnung auf Basis der aktuellen BK-DOK (Abweichungen von den in Vorjahren veröffentlichten Daten aufgrund der Bestandsführung möglich).

* Anteil der Maßnahmen an der Gesamtzahl der Maßnahmen im Berichtsjahr.

** Verdachtsanzeigen im Vorjahr (Berichtsjahr -1) mit Maßnahmen nach § 3 BKV im Vorjahr oder Berichtsjahr.

*** Anteil der Fälle mit Maßnahmen an allen Verdachtsanzeigen des Vorjahres.

**** Fälle mit erstmaligem Angebot einer Maßnahme nach § 3 BKV als erste Entscheidung im Berichtsjahr.

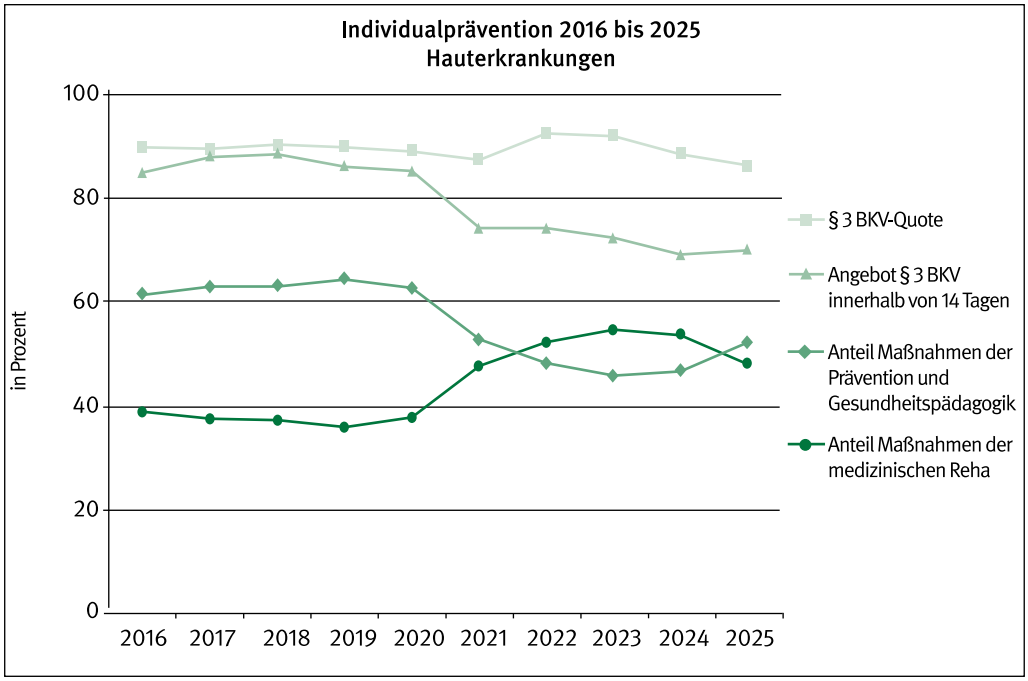


Abbildung 7: Individualprävention bei Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) in den Jahren 2016 bis 2025

4.3 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108)

Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen geführt haben, werden unter der BK-Nr. 2108 zusammengefasst (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), o. J.).

Die BK-Nr. 2108 gehört zu den durch mechanische Einwirkungen verursachten Berufskrankheiten. Bis Ende 2020 war die Unterlassung der gefährdenden Tätigkeiten eine Voraussetzung für ihre Anerkennung. Seit der Änderung des BK-Rechts im Jahr 2021 entfiel auch für diese Berufskrankheit der Unterlassungszwang.

Bei bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule liegt die Zahl der jährlichen Verdachtsanzeigen im Beobachtungszeitraum zwischen knapp 2.500 und gut 3.000. Eine Ausnahme bildet dabei das erste Pandemiejahr 2020 mit 2.199 Verdachtsfällen. Parallel zu dieser Entwicklung bleibt auch die Anzahl der Fälle mit einem Maßnahmenangebot nach § 3 BKV über den genannten Zeitraum relativ stabil. Dies verdeutlicht den präventiven Ansatz beim Angebot dieser Maßnahmen (vgl. Tabelle 10 und Abbildung 8). Sowohl für die BK-Nr. 2108 wie auch für die BK-Nr. 5101 ist ein möglichst frühes Angebot einer Maßnahme nach § 3 BKV als erste Entscheidung erstrebenswert. Die Zahl der anerkannten Fälle hat sich 2025 im Vergleich zu 2020 mehr als verdoppelt (+143 Prozent). Die Zahl der nicht bestätigten Fälle geht seit 2021 zurück. Dies liegt vor allem an deren veränderter Erfassung. Bis 2020 wurden unter den nicht bestätigten Fällen

auch solche dokumentiert, bei denen ausschließlich eine Maßnahme nach § 3 BKV angeboten wurde. Diese Fallkonstellation wird ab dem Berichtsjahr 2021 nur noch unter „Angebot einer Maßnahme nach § 3 BKV“ erfasst.

Tabelle 10: BK-Geschehen bei bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) in den Jahren 2016 bis 2025

Berichtsjahr	Verdachts-anzeigen	Anerkannte Fälle*	Neue BK-Renten	Nicht bestätigte Fälle	§ 3 BKV**
2016	2.484	141	70	2.404	1.744
2017	3.040	142	71	2.990	2.015
2018	2.784	141	87	2.711	1.905
2019	3.111	134	84	3.114	2.230
2020	2.199	115	76	2.078	1.372
2021	2.812	141	82	728	1.597
2022	2.907	149	81	664	2.098
2023	2.907	185	98	855	2.004
2024	2.730	274	113	1.169	1.801
2025	2.713	279	130	1.179	1.792

* Ab 2019: erstmals anerkannte Fälle

** Vor 2021: Fälle, in denen Maßnahmen nach § 3 BKV angeboten wurden.
Seit 2021: Fälle, in denen erstmals eine Maßnahme nach § 3 BKV angeboten wurde.

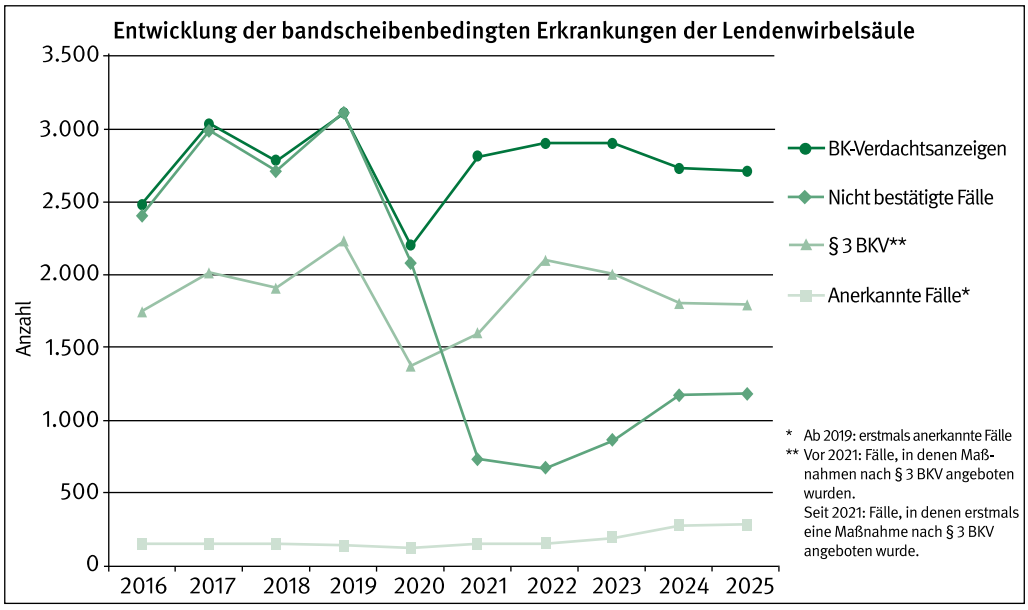


Abbildung 8: Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) in den Jahren 2016 bis 2025

In **Tabelle 11** sind die Leistungsfälle und ihre Kosten für die Jahre 2016 bis 2025 für die BK-Nr. 2108 aufgeführt. Im Jahr 2025 betragen sie knapp 34 Millionen Euro. Etwas mehr als die Hälfte dieser Kosten (18,6 Millionen Euro, 55 Prozent) entfällt auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, gefolgt von Kosten für Renten und Abfindungen (14,7 Millionen Euro, 43 Prozent). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen an Hinterbliebene machen weniger als zwei Prozent aus. Nach Art der Leistung betrachtet, zeigt sich bei den Renten ein kontinuierlicher Anstieg sowohl bei den Fallzahlen als auch bei den Kosten je Fall. Letzteres ist im Wesentlichen auf Rentenanpassungen im Beobachtungszeitraum und auf Nachzahlungen im Feststellungsjahr für neue Renten zurückzuführen. Bei den Leistungen insgesamt zeigt sich seit 2016 ein Anstieg der Fallzahlen auf zuletzt 5.813 im Jahr 2025 (zwölf Prozent) bei einem Anstieg der Kosten je Fall um 37 Prozent.

Tabelle 11: Leistungsfälle und Kosten für Versicherte mit bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) nach Art der Leistung in den Jahren 2016 bis 2025

Jahr	Medizinische Rehabilitation			Leistungen zur Teilhabe			Renten an Erkrankte			Leistungen an Hinterbliebene			Leistungen Insgesamt		
	Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle*	Kosten in Euro	
		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.
2016	4.697	2.961	13,9	277	7.145	2,0	1.236	5.115	6,3	1	8.536	0,0	5.201	4.272	22,2
2017	4.947	3.092	15,3	316	6.123	1,9	1.301	5.208	6,8	2	9.497	0,0	5.492	4.375	24,0
2018	4.976	3.012	15,0	260	7.391	1,9	1.376	5.528	7,6	1	9.689	0,0	5.535	4.431	24,5
2019	4.988	3.165	15,8	274	8.002	2,2	1.438	5.605	8,1	1	9.685	0,0	5.572	4.675	26,1
2020	3.920	2.869	11,2	244	7.234	1,8	1.485	5.779	8,6	2	7.851	0,0	4.529	4.771	21,6
2021	4.026	2.997	12,1	214	4.976	1,1	1.548	5.956	9,2	2	7.488	0,0	4.686	4.773	22,4
2022	4.564	2.691	12,3	143	5.528	0,8	1.621	5.995	9,7	1	10.417	0,0	5.224	4.364	22,8
2023	4.749	2.819	13,4	124	6.604	0,8	1.686	6.423	10,8	1	10.417	0,0	5.399	4.639	25,0
2024	5.010	3.164	15,9	133	6.283	0,8	1.781	7.018	12,5	2	14.427	0,0	5.696	5.129	29,2
2025	5.119	3.642	18,6	120	4.982	0,6	1.892	7.745	14,7	2	10.218	0,0	5.813	5.835	33,9

* Die Summe der Leistungsfälle in den einzelnen Leistungsarten ergibt nicht die Anzahl der Leistungsfälle insgesamt, da ein Fall mehrere Leistungsarten erhalten kann.

Im Jahr 2025 erhalten die Betroffenen in insgesamt 1.730 Fällen mindestens eine Maßnahme der Individualprävention. Damit liegt die durchschnittliche § 3 BKV-Quote bei bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule bei 64 Prozent (vgl. Tabelle 12 und Abbildung 9). Maßnahmen der Individualprävention fallen zu über 98 Prozent in den Bereich der Prävention und Gesundheitspädagogik. Die drei häufigsten individualpräventiven Maßnahmen, die sich im Rahmen von § 3 BKV-Angeboten etabliert haben, sind die Rückensprechstunde, das BGW-Rückenkolleg und die Arbeitsplatzbegleitung. Sie werden Versicherten, die eine gemäß der BK-Nr. 2108 gefährdende Tätigkeit ausführen, möglichst frühzeitig angeboten. Das Ziel ist dabei der Verbleib im Beruf.

Tabelle 12: Individualprävention bei bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) in den Jahren 2016 bis 2025

Berichtsjahr	Medizinische Rehabilitation		Prävention und Gesundheitspädagogik		Übrige Maßnahmen		Gesamt		§ 3 BKV-Quote***
	Zahl der Maßnahmen	Anteil*	Zahl der Maßnahmen	Anteil*	Zahl der Maßnahmen	Anteil*	Zahl der Maßnahmen	Fälle mit Maßnahmen**	
2016	14	0,5 %	2.875	99,0 %	16	0,6 %	2.905	1.684	61,4 %
2017	27	1,0 %	2.747	98,8 %	7	0,3 %	2.781	1.507	61,1 %
2018	34	1,1 %	3.044	98,6 %	10	0,3 %	3.088	1.650	54,2 %
2019	39	1,4 %	2.813	98,4 %	7	0,2 %	2.859	1.432	51,5 %
2020	21	0,8 %	2.547	98,7 %	12	0,5 %	2.580	1.506	48,5 %
2021	25	1,5 %	1.669	98,4 %	3	0,2 %	1.697	934	42,8 %
2022	57	2,1 %	2.668	97,8 %	2	0,1 %	2.727	1.904	68,7 %
2023	20	0,7 %	2.809	99,3 %	1	0,0 %	2.830	2.033	71,5 %
2024	18	0,6 %	2.862	99,4 %	0	0,0 %	2.880	2.029	71,0 %
2025	45	1,7 %	2.605	98,3 %	0	0,0 %	2.650	1.730	63,6 %

Berechnung auf Basis der aktuellen BK-DOK (Abweichungen von den in Vorjahren veröffentlichten Daten aufgrund der Bestandsführung möglich).

* Anteil der Maßnahmen an der Gesamtzahl der Maßnahmen im Berichtsjahr.

** Verdachtsanzeigen im Vorjahr (Berichtsjahr -1) mit Maßnahmen nach § 3 BKV im Vorjahr oder Berichtsjahr.

*** Anteil der Fälle mit Maßnahmen an allen Verdachtsanzeigen des Vorjahres.

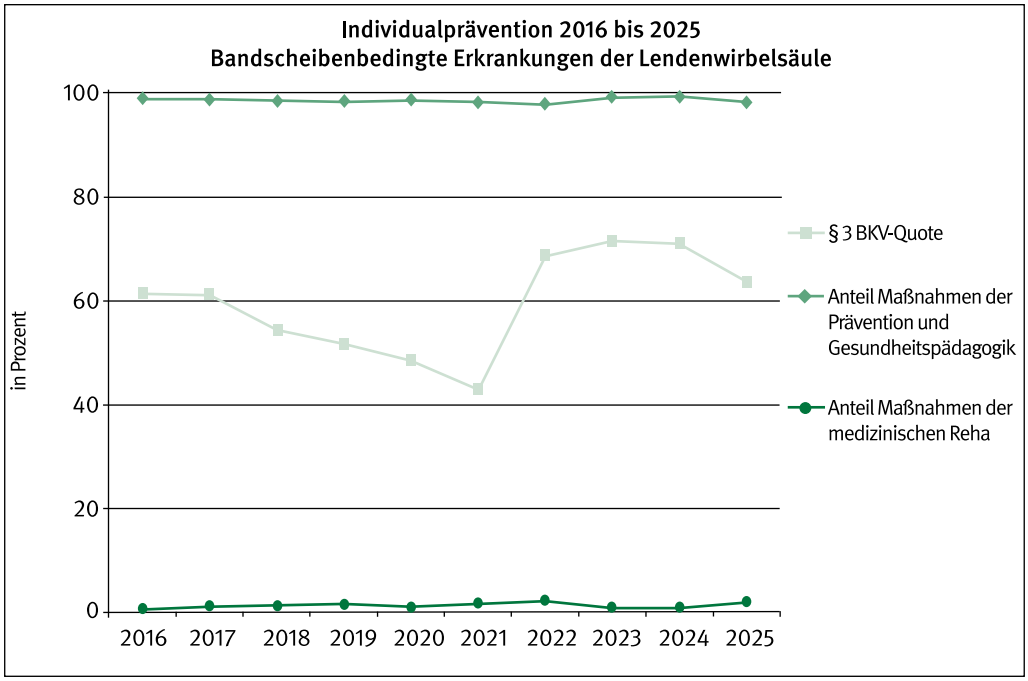


Abbildung 9: Individualprävention bei bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) in den Jahren 2016 bis 2025

4.4 Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301/BK-Nr. 4302)

Zu den chronischen Atemwegserkrankungen gehören durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301; einschließlich Rhinopathie) und durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4302).

Die Zahl der Verdachtsanzeigen zu den beiden BK-Nummern 4301 und 4302 ist seit 2016 kontinuierlich von knapp 400 pro Jahr auf knapp 300 im Jahr 2025 zurückgegangen. Während der COVID-19-Pandemie dürften die zusätzlichen Infektionsschutzmaßnahmen diese Entwicklung verstärkt haben (vgl. Tabelle 13 und Abbildung 10). Die Zahl der jährlichen Anerkennungen bewegt sich bis 2018 auf relativ gleichbleibendem Niveau von rund 50, danach sinkt sie auf rund 30. Dies ist auf die geänderte Zählweise zurückzuführen (vgl. Kapitel 2.1). Ein Rückgang ist ebenfalls bei der Zahl der neuen BK-Renten zu beobachten, die zuletzt bei zehn im Jahr 2025 lag. Der Rückgang der nicht bestätigten Fälle seit dem Jahr 2020 lässt sich ebenfalls auf eine geänderte Dokumentation zurückführen (vgl. Kapitel 2.1). Bis 2020 wurde jährlich in rund 150 Fällen eine Maßnahme nach § 3 BKV angeboten. Nach einem pandemiebedingten Rückgang und einer veränderten Dokumentation ab 2021 (vgl. Kapitel 2.1) liegt die Zahl der Fälle, in denen erstmals eine Maßnahme zur Individualprävention angeboten wurde, im Jahr 2025 bei knapp 70.

Tabelle 13: BK-Geschehen bei Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301 und 4302) in den Jahren 2016 bis 2025

Berichtsjahr	Verdachts-anzeigen	Anerkannte Fälle*	Neue BK-Renten	Nicht bestätigte Fälle	§ 3 BKV**
2016	381	48	15	399	168
2017	368	50	21	400	155
2018	368	50	24	394	173
2019	377	32	14	377	150
2020	296	32	17	342	132
2021	217	37	21	111	70
2022	204	33	15	100	54
2023	217	17	9	166	39
2024	250	26	17	198	42
2025	282	21	10	208	66

* Ab 2019: erstmals anerkannte Fälle

** Vor 2021: Fälle, in denen Maßnahmen nach § 3 BKV angeboten wurden.
Seit 2021: Fälle, in denen erstmals eine Maßnahme nach § 3 BKV angeboten wurde.

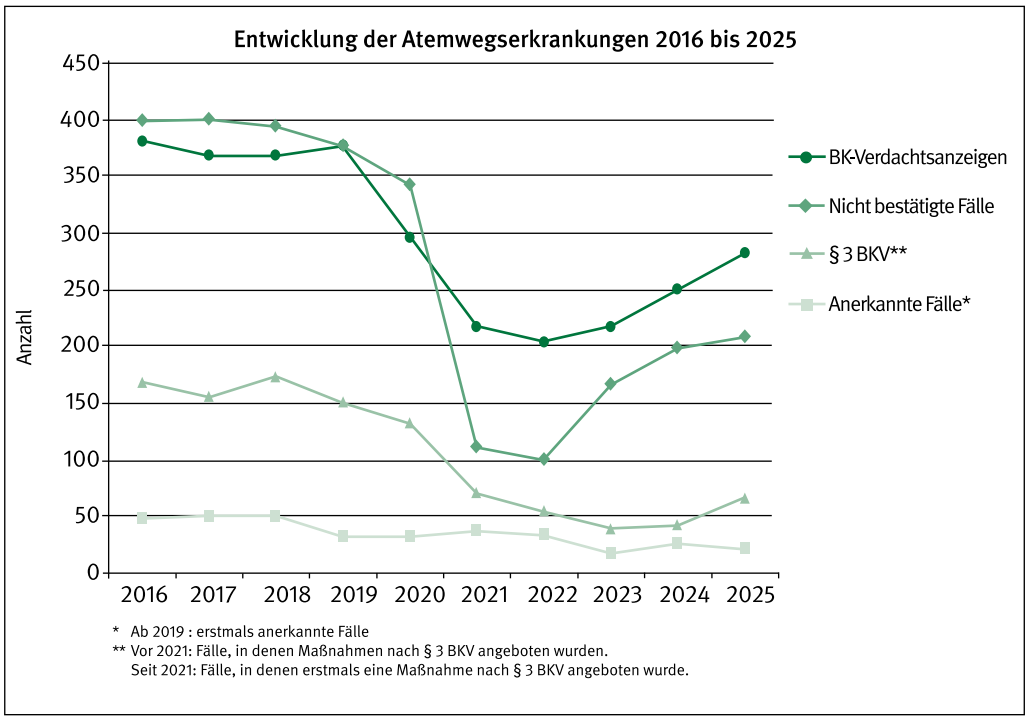


Abbildung 10: Entwicklung der Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301/4302) in den Jahren 2016 bis 2025

Für Atemwegserkrankungen wendet die BGW im Jahr 2025 insgesamt 5,1 Millionen Euro auf, davon 3,3 Millionen Euro (65 Prozent) für Renten beziehungsweise Abfindungen an Erkrankte, 1,4 Millionen Euro für medizinische Rehabilitation und jeweils 0,2 beziehungsweise 0,1 Millionen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und für Leistungen an Hinterbliebene (vgl. Tabelle 14).

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehen im Vergleich zu 2016 die Gesamtkosten und Fallzahlen um 86 beziehungsweise 77 Prozent zurück, die Kosten je Fall um 39 Prozent. Die Kosten für Rentenzahlungen steigen im Beobachtungszeitraum um 27 Prozent, bei nahezu gleichbleibender Zahl der Leistungsfälle.

Tabelle 14: Leistungsfälle und Kosten für Versicherte mit Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301/4302) nach Art der Leistung in den Jahren 2016 bis 2025

Jahr	Medizinische Rehabilitation			Leistungen zur Teilhabe			Renten an Erkrankte			Leistungen an Hinterbliebene			Leistungen Insgesamt		
	Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle*	Kosten in Euro	
		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.
2016	873	1.917	1,7	167	10.392	1,7	538	4.858	2,6	16	10.531	0,2	1.105	5.603	6,2
2017	860	1.733	1,5	162	10.200	1,7	551	4.799	2,6	16	10.828	0,2	1.080	5.519	6,0
2018	862	2.104	1,8	150	10.546	1,6	565	4.786	2,7	15	11.345	0,2	1.069	5.865	6,3
2019	858	1.798	1,5	128	11.168	1,4	561	4.936	2,8	15	10.649	0,2	1.075	5.489	5,9
2020	824	1.859	1,5	125	10.772	1,3	564	5.082	2,9	12	12.381	0,1	1.029	5.727	5,9
2021	780	1.648	1,3	106	16.590	1,8	570	5.228	3,0	11	14.131	0,2	972	6.358	6,2
2022	762	1.551	1,2	86	14.567	1,3	571	5.193	3,0	12	12.412	0,1	950	5.841	5,5
2023	769	1.505	1,2	64	14.215	0,9	568	5.478	3,1	9	14.544	0,1	949	5.595	5,3
2024	748	1.503	1,1	49	11.606	0,6	565	5.764	3,3	8	14.180	0,1	922	5.491	5,1
2025	798	1.729	1,4	39	6.302	0,2	564	5.879	3,3	8	15.376	0,1	954	5.308	5,1

* Die Summe der Leistungsfälle in den einzelnen Leistungsarten ergibt nicht die Anzahl der Leistungsfälle insgesamt, da ein Fall mehrere Leistungsarten erhalten kann.

Zu den Maßnahmen nach § 3 BKV im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen gehören ambulante Heilbehandlungen und diagnostische Untersuchungen. Dazu zählt beispielsweise eine Atemwegssprechstunde bei einem Lungenfacharzt oder einer Lungenfachärztin. Neben einer körperlichen Untersuchung werden dort auch verschiedene Lungenfunktionsprüfungen durchgeführt.

Die Zahl der Verdachtsanzeigen aus dem Vorjahr, bei denen den Betroffenen im selben Jahr oder im Berichtsjahr eine Maßnahme nach § 3 BKV angeboten wurde, ist von durchschnittlich 100 auf 64 im Jahr 2025 zurückgegangen (vgl. Tabelle 15 und Abbildung 11). Bezogen auf die Verdachtsanzeigen bewegt sich die § 3 BKV-Quote in allen Jahren bis 2023 zwischen 30 und 20 Prozent. Seit 2024 liegt sie erstmals darunter. Von allen Maßnahmen nach § 3 BKV entfallen 70 Prozent auf Maßnahmen der Prävention und Gesundheitspädagogik. Sie bilden damit den Hauptanteil. Auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation entfallen in 2025 rund 30 Prozent.

Tabelle 15: Individualprävention bei Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301/4302) in den Jahren 2016 bis 2025

Berichtsjahr	Medizinische Rehabilitation		Prävention und Gesundheitspädagogik		Übrige Maßnahmen		Gesamt		§ 3 BKV-Quote***
	Zahl der Maßnahmen	Anteil*	Zahl der Maßnahmen	Anteil*	Zahl der Maßnahmen	Anteil*	Zahl der Maßnahmen	Fälle mit Maßnahmen**	
2016	42	29,2 %	91	63,2 %	11	7,6 %	144	117	25,3 %
2017	14	13,2 %	82	77,4 %	10	9,4 %	106	86	22,9 %
2018	19	19,0 %	70	70,0 %	11	11,0 %	100	79	21,7 %
2019	20	21,1 %	70	73,7 %	5	5,3 %	95	81	22,3 %
2020	26	23,2 %	81	72,3 %	5	4,5 %	112	91	24,3 %
2021	9	11,4 %	69	87,3 %	1	1,3 %	79	60	20,3 %
2022	6	7,6 %	72	91,1 %	1	1,3 %	79	69	32,7 %
2023	14	20,9 %	53	79,1 %	0	0,0 %	67	58	29,3 %
2024	12	27,9 %	31	72,1 %	0	0,0 %	43	36	16,7 %
2025	21	32,8 %	43	67,2 %	0	0,0 %	64	47	18,7 %

Berechnung auf Basis der aktuellen BK-DOK (Abweichungen von den in Vorjahren veröffentlichten Daten aufgrund der Bestandsführung möglich).

* Anteil der Maßnahmen an der Gesamtzahl der Maßnahmen im Berichtsjahr.

** Verdachtsanzeigen im Vorjahr (Berichtsjahr -1) mit Maßnahmen nach § 3 BKV im Vorjahr oder Berichtsjahr.

*** Anteil der Fälle mit Maßnahmen an allen Verdachtsanzeigen des Vorjahres.

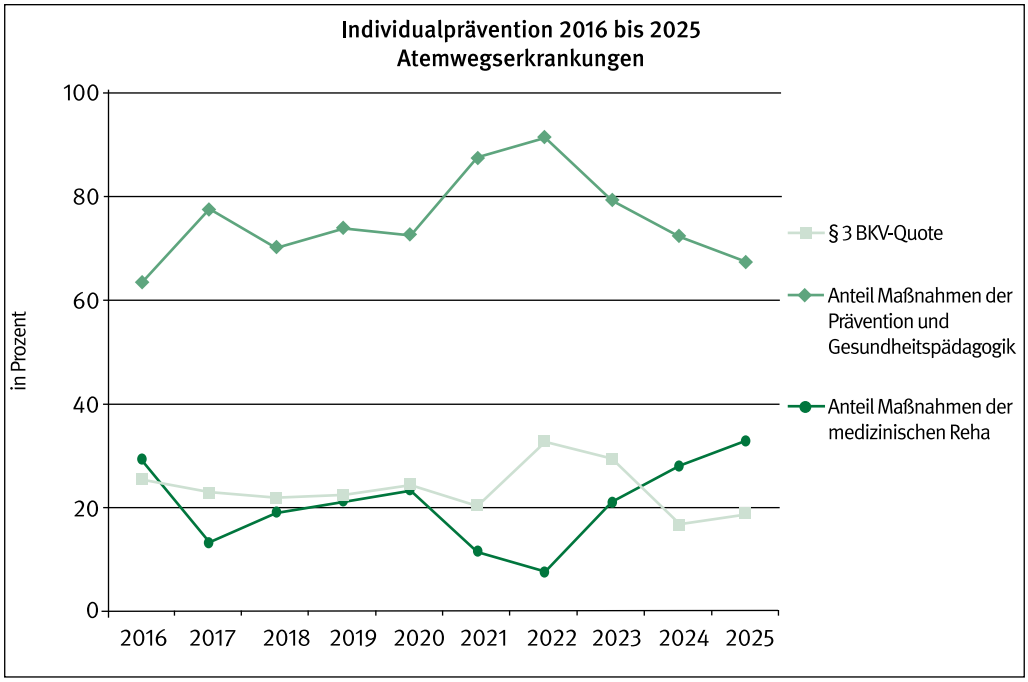


Abbildung 11: Individualprävention bei Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301/4302) in den Jahren 2016 bis 2025

4.5 Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101)

Erkrankungen von Personengruppen, die sich infolge ihrer Tätigkeit im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium mit von Mensch zu Mensch übertragbaren Erregern infizieren, werden unter der BK-Nr. 3101 erfasst. Gleiches gilt für Erkrankungen von Personengruppen, die bei ihrer Tätigkeit der Infektionsgefahr in einem ähnlichen Maße besonders ausgesetzt sind, wie zum Beispiel pädagogisches Personal in der Kinderbetreuung während der COVID-19-Pandemie. Die Anerkennung einer Infektionskrankheit als Berufskrankheit setzt voraus, dass nach einer Infektion mindestens geringfügige klinische Symptome auftreten. Infektionen mit dem SARS-CoV-2 werden ebenfalls unter dieser BK-Nr. erfasst. Die Zahl der Anzeigen des Verdachts auf eine BK-Nr. 3101 liegt vor der Pandemie (bis einschließlich 2019) unter 1.000 und steigt von 2020 bis 2022 auf das Zehnfache (2020: 21.739; 2022: 228.191) an. Sie geht erstmals im Jahr 2023 wieder zurück (2023: 54.478). 2025 liegt sie bei rund 2.000 Fällen (vgl. Tabelle 16 und Abbildung 12). Davon entfallen 56 Prozent auf SARS-CoV-2 (n=1.113) und 44 Prozent auf andere Erreger (n=866).

Bis 2019 wurden jährlich zwischen 456 und 632 Erkrankungen gemäß der BK-Nr. 3101 anerkannt. Auch in den Folgejahren lag die Zahl der Anerkennungen von Nicht-COVID-19-Fällen in dieser Größenordnung. Die Anerkennungsquote der nicht von SARS-CoV-2 verursachten Infektionskrankheiten betrug bis 2019 rund 50 Prozent. In den Folgejahren stieg sie auf bis zu 70 Prozent an (bezogen jeweils auf die entschiedenen Fälle als Summe aus anerkannten und nicht bestätigten Fällen). 2025 bewegte sie sich mit rund 55 Prozent wieder auf vorpandemischem Niveau.

Tabelle 16: BK-Geschehen bei Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) in den Jahren 2016 bis 2025

Berichtsjahr	Verdachts-anzeigen	ohne COVID-19	Anerkannte Fälle*	ohne COVID-19	Neue BK-Renten	Nicht bestätigte Fälle	ohne COVID-19	Todesfälle
2016	1.071	1.071	460	460	15	494	494	12
2017	977	977	512	512	22	451	451	10
2018	1.047	1.047	632	632	27	474	474	15
2019	833	833	456	456	16	395	395	6
2020	21.739	842	12.570	477	13	3.561	316	11
2021	111.732	606	74.857	296	60	30.492	108	62
2022	228.191	695	146.185	428	51	71.240	95	35
2023	54.478	920	43.540	683	138	26.423	311	16
2024	5.525	1.050	3.864	541	318	4.688	301	13
2025	1.979	866	2.094	614	364	1.700	353	12

* Ab 2019: erstmals anerkannte Fälle

Bei beruflich bedingten Infektionskrankheiten ist seit den 2000er-Jahren bei blutübertragbaren Infektionskrankheiten ein kontinuierlicher Rückgang der Verdachtsanzeigen ebenso wie der neuen BK-Renten zu beobachten (Nienhaus, 2018). Der Anstieg bei den neuen BK-Renten nach 2020 ist auf COVID-19-Fälle zurückzuführen mit jährlich über 300 neuen BK-Renten seit 2024. Bis 2020 gab es jährlich rund zehn Todesfälle als Folge einer Infektionskrankheit. Die Zunahme in den Folgejahren ist auf Todesfälle infolge einer COVID-19-Erkrankung zurückzuführen.

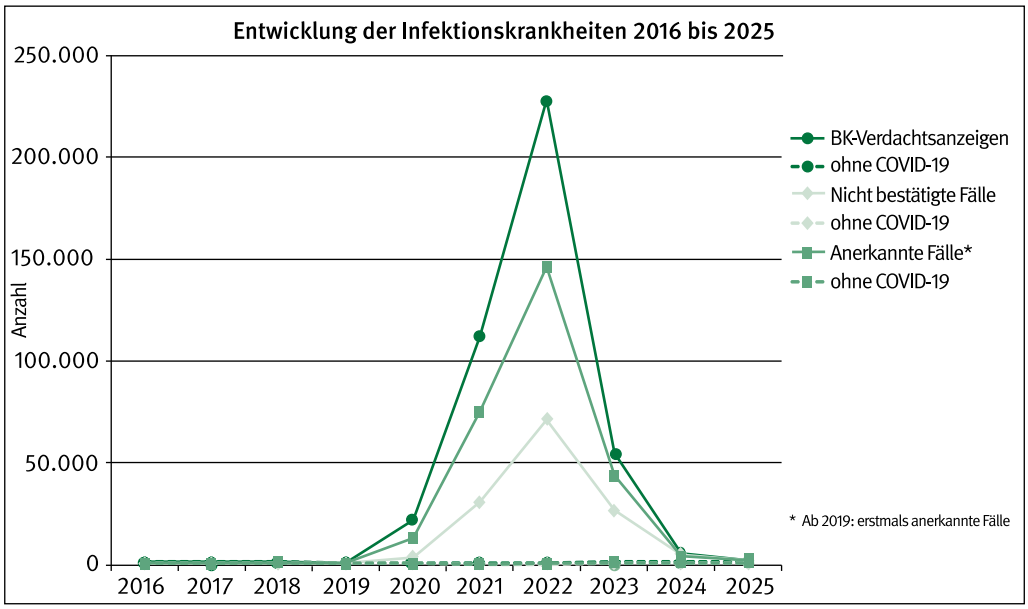


Abbildung 12: Entwicklung der Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) in den Jahren 2016 bis 2025

Tabelle 17: Anerkannte Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) nach Übertragungsweg und Berichtsjahr in den Jahren 2016 bis 2025

Infektionskrankheiten	Anerkannte Infektionskrankheiten* (darunter neue BK-Renten)									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gesamt	460 (15)	512 (22)	632 (27)	456 (16)	12.570 (13)	74.857 (60)	146.185 (51)	43.540 (138)	3.864 (318)	2.094 (364)
Darunter										
Blutübertragbar										
Hepatitis C	16 (8)	15 (9)	17 (9)	8 (4)	1 (0)	0 (0)	3 (2)	0 (0)	1 (0)	1 (0)
Hepatitis B	7 (3)	9 (2)	8 (5)	6 (4)	5 (3)	3 (0)	4 (1)	0 (0)	0 (0)	3 (1)
HIV/AIDS	0 (0)	2 (1)	2 (2)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Kontaktinfektion										
Scabies	168 (0)	172 (0)	298 (0)	177 (0)	309 (0)	217 (0)	370 (1)	614 (0)	446 (1)	463 (0)
MRSA	2 (0)	1 (0)	1 (0)	4 (0)	1 (0)	1 (1)	1 (0)	1 (1)	2 (0)	1 (0)
Keratokonjunktivitis	3 (0)	1 (0)	3 (0)	2 (0)	2 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)	0 (0)
Hepatitis A	2 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hepatitis E	0 (0)	1 (0)	0 (0)	2 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luftübertragbar										
COVID-19	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12.093 (6)	74.561 (50)	145.757 (44)	42.857 (132)	3.323 (317)	1.480 (360)
Latente Tuberkulose-Infektion (LTBI)	161 (0)	201 (1)	179 (2)	155 (2)	88 (0)	34 (1)	21 (0)	34 (0)	52 (0)	99 (0)
Tuberkulose (Tbc)	80 (2)	98 (7)	108 (9)	85 (3)	56 (3)	29 (6)	22 (2)	17 (4)	20 (0)	20 (1)
Masern, Röteln, Mumps (virusbedingte Kinderkrankheiten)	1 (0)	5 (1)	6 (0)	2 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (0)	5 (1)
Grippe	4 (0)	1 (0)	2 (0)	0 (0)	4 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0)
Windpocken	0 (0)	0 (0)	3 (0)	0 (0)	1 (0)	3 (0)	0 (0)	2 (0)	0 (0)	1 (0)
Scharlach	2 (0)	1 (0)	1 (0)	3 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Übrige**	14 (2)	4 (1)	4 (0)	11 (3)	8 (0)	8 (2)	5 (1)	14 (0)	15 (0)	17 (1)

* Ab 2019: erstmals anerkannte Fälle

** Nicht differenziert nach dem Übertragungsweg; darunter Angina, Keuchhusten, Zytomegalie, Pfeiffersches Drüsenfieber, Parasitäre Erkrankungen (ohne Scabies), andere bakterielle Erkrankungen (Rose/Erysipel, Meningokokken-Meningitis, Encephalitis), Pneumonien, Erkältungskrankheiten, andere Infektionen/Viruserkrankungen

Bei den anerkannten BK-Nr.-3101-Fällen wird das Geschehen neben der deutlichen Zunahme der COVID-19-Erkrankungen von einem kontinuierlichen Rückgang der blutübertragbaren Infektionskrankheiten auf jährlich weniger als fünf Fälle geprägt (Tabelle 17). Unter den Nicht-COVID-19-Erkrankungen entfallen bis 2019 jährlich etwa die Hälfte der Anerkennungen auf Tuberkulose-Erkrankungen (240 aus 456), für die ab 2020 zunächst rückläufige Fallzahlen zu beobachten sind. Seit 2024 zeigt sich ein moderater Anstieg der Zahl dieser Fälle, mit zuletzt (2025) 119 (19 Prozent der anerkannten Infektionskrankheiten ohne COVID-19-Erkrankungen). Latente Tuberkulose-Infektionen (LTBI) verlaufen asymptomatisch und verursachen im Beobachtungszeitraum in weniger als einem Prozent der Fälle eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (in 6 von 1.024). Nach 2020 entfallen fast 80 Prozent der Anerkennungen bei den Nicht-COVID-19-Fällen auf Scabies-Infektionen, bei denen es in seltenen Fällen zu nachhaltigen Gesundheitsschäden kommt.

In den Jahren 2021 bis 2023 machen COVID-19-Fälle rund 99 Prozent der anerkannten Berufskrankheiten aus (Tabelle 17). 2025 sinkt dieser Anteil auf 71 Prozent. Deutlich wuchs auch der Anteil der COVID-19-Fälle an den neuen BK-Renten. 2025 wird bei 364 Fällen erstmals eine neue BK-Rente gewährt, von denen 360 auf COVID-19 entfallen.

Tabelle 18: Leistungsfälle und Kosten für Versicherte mit Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) nach Art der Leistung in den Jahren 2016 bis 2025

Jahr	Medizinische Rehabilitation			Leistungen zur Teilhabe			Renten an Erkrankte			Leistungen an Hinterbliebene			Leistungen Insgesamt		
	Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle*	Kosten in Euro	
		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.		pro Fall	Gesamt in Mio.
2016	8.551	1.375	11,8	15	2.834	0,0	1.453	7.325	10,6	244	16.822	4,1	9.427	2.816	26,5
2017	8.653	945	8,2	13	4.590	0,1	1.338	7.889	10,6	244	17.092	4,2	9.484	2.422	23,0
2018	9.966	720	7,2	9	4.646	0,0	1.252	8.118	10,2	242	17.839	4,3	10.758	2.017	21,7
2019	10.403	742	7,7	14	3.134	0,0	1.169	8.360	9,8	231	18.823	4,3	11.151	1.962	21,9
2020	11.656	732	8,5	39	3.386	0,1	1.087	9.061	9,8	229	18.840	4,3	12.390	1.842	22,8
2021	15.852	3.258	51,6	244	2.712	0,7	1.042	8.864	9,2	277	17.781	4,9	16.588	4.007	66,5
2022	21.417	5.496	117,7	296	1.510	0,4	1.005	9.095	9,1	278	18.349	5,1	22.112	5.987	132,4
2023	21.710	4.309	93,5	275	3.176	0,9	1.109	9.835	10,9	262	20.873	5,5	22.380	4.951	110,8
2024	18.469	2.791	51,6	192	5.890	1,1	1.352	10.780	14,6	259	21.616	5,6	19.154	3.804	72,9
2025	16.621	1.976	32,8	140	7.038	1,0	1.569	12.399	19,5	256	20.773	5,3	17.326	3.383	58,6

* Die Summe der Leistungsfälle in den einzelnen Leistungsarten ergibt nicht die Anzahl der Leistungsfälle insgesamt, da ein Fall mehrere Leistungsarten erhalten kann.

2025 brachte die BGW insgesamt 58,6 Millionen Euro für Leistungen im Zusammenhang mit der BK-Nr. 3101 auf (vgl. Tabelle 18). Davon wurden 68 Prozent (39,7 Millionen Euro) für Versicherte aufgewendet, die an COVID-19 erkrankt waren, und 32 Prozent (18,9 Millionen Euro) für Versicherte, die an einer anderen Infektionskrankheit erkrankt waren (ohne Tabelle).

Bei der Kostenentwicklung der BK-Nr.-3101-Fälle fällt für die Jahre vor 2020 auf, dass es einen Rückgang bei den jährlichen Kosten für die medizinische Rehabilitation gab. Diese Entwicklung ist vermutlich auf Medikamente zurückzuführen, die seit 2014 zur Behandlung chronischer Hepatitis-C-Infektionen eingesetzt werden. Diese direkt antiviral wirksamen Medikamente (sogenannte Direct Acting Antivirals, DAAs) waren in den ersten Jahren nach ihrer Zulassung im Jahr 2014 noch vergleichsweise teuer und für die Zunahme der Leistungsart „Medizinische Rehabilitation" in den Folgejahren verantwortlich. Neuere Zulassungen sind deutlich preiswerter, was den Kostenrückgang erklärt. Hinsichtlich Renten und Abfindungen nehmen in diesem Zeitraum bis 2020 die fallbezogenen Kosten stetig zu, während gleichzeitig Fallzahlen und Gesamtkosten sinken.

Nach 2019 prägen Leistungen für COVID-19-Erkrankte die Kostenentwicklung für die BK-Nr. 3101. Mit Beginn der Pandemie steigen zwischen 2021 und 2023 die Fallzahlen der BK-Nr. 3101, die Zahl der Leistungsfälle sowie die kostenrelevanten Parameter (Tabelle 18). Mit Ausnahme der Renten sind die meisten Fallzahlen nach 2023 rückläufig. 2025 stieg die Zahl der Versicherten, die eine Rente beziehen, gegenüber 2020 um 44 Prozent an. Die Gesamtaufwendungen für Rentenleistungen erhöhten sich um 98 Prozent. Für den Anstieg der fallbezogenen Kosten sind im Wesentlichen Nachzahlungen im Feststellungsjahr für neue Renten von Personen mit einer COVID-19-Erkrankung verantwortlich (ohne Tabelle). An den Gesamtausgaben für die BK-Nr. 3101 (inklusive COVID-19) im Jahr 2025 (58,6 Millionen Euro) machten Leistungen der medizinischen Rehabilitation 56 Prozent aus, Renten und Abfindungen 33 Prozent und Leistungen an Hinterbliebene neun Prozent.

COVID-19 als Berufskrankheit

Personen, die sich infolge ihrer Tätigkeit im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium mit SARS-CoV-2 infizieren und deshalb an COVID-19 erkranken, werden von der BK-Nr. 3101 erfasst (vgl. Kapitel 4.5). Eine Anerkennung als Berufskrankheit setzt unter anderem voraus, dass nach einer SARS-CoV-2-Infektion mindestens geringfügige klinische Symptome auftreten (Quabach & Zagrodnik, 2021).

Für an COVID-19 erkrankte Personen zeigt sich bei der medizinischen Rehabilitation eine Zunahme der Leistungsfälle und Kosten (fallbezogen und gesamt) bis 2023 (vgl. Tabelle 19). Diese Kostensteigerung in den Jahren 2021 bis 2023 im Vergleich zu 2020 ist auf die Aufwendungen für stationäre Behandlungen und Verletztengeldzahlungen bei COVID-19-Fällen zurückzuführen (vgl. Tabelle 20). Bei Renten und Abfindungen, die Versicherte aufgrund der Folgen einer COVID-19-Erkrankung erhalten haben, kommt es erst ab 2023 zu einer Zunahme der Leistungsfälle und der Kosten (fallbezogen und gesamt). Für Entscheidungen über Rentenzahlungen sind medizinische Begutachtungen der jeweils relevanten Fachrichtungen einzuholen, um mögliche Folgen einer COVID-19-Erkrankung zu klären und die daraus resultierende Minderung der Erwerbsfähigkeit einschätzen zu können (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 2025; Schmehl & Schwenkreis, 2023).

Die Gesamtausgaben für Versicherte, die an COVID-19 erkrankten, beliefen sich 2025 auf 39,7 Millionen Euro (Tabelle 19). Davon wurden rund 67 Prozent für Leistungen der medizinischen Rehabilitation aufgewendet, 27 Prozent für Renten und Abfindungen sowie jeweils rund drei Prozent für Leistungen zur Teilhabe beziehungsweise Leistungen an Hinterbliebene.

Vom Beginn der Pandemie bis Ende 2025 brachte die BGW insgesamt 322,7 Millionen Euro für Leistungen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation im Zusammenhang mit COVID-19 als Berufskrankheit auf (vgl. Tabelle 20). Für ambulante Heilbehandlung beliefen sich die Leistungen in den sechs Jahren auf 49,1 Millionen Euro. Das entspricht einem Anteil von 15 Prozent. Dabei hat sich der Anteil, der jährlich für ambulante Heilbehandlungen aufgebracht wurde, von acht Prozent im Jahr 2020 auf 34 Prozent im Jahr 2025 erhöht. Stationäre Heilbehandlungen machten 2020 mehr als 50 Prozent der Kosten für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation aus (1,3 von 2,3 Millionen Euro). Dieser Anteil sank in den folgenden Jahren bis auf zuletzt 22 Prozent (5,9 von 26,6 Millionen Euro). Für Verletztengeld sind die Aufwendungen innerhalb der ersten drei Pandemiejahre auf knapp 50 Millionen Euro im Jahr 2022 gestiegen und in den drei Folgejahren kontinuierlich auf einen Wert von 6,9 Millionen Euro zurückgegangen. Allerdings ist bei den Angaben zu allen Kostenparametern der Verzug bei der Rechnungsstellung zu berücksichtigen.

Tabelle 19: Leistungsfälle und Kosten für Versicherte mit COVID-19 als BK-Nr. 3101 nach Art der Leistung in den Jahren 2020 bis 2025

Jahr	Medizinische Rehabilitation			Leistungen zur Teilhabe			Renten an Erkrankte			Leistungen an Hinterbliebene			Leistungen Insgesamt		
	Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle	Kosten in Euro		Fälle*	Kosten in Euro	
		pro Fall	Ges. in Mio.		pro Fall	Ges. in Mio.		pro Fall	Ges. in Mio.		pro Fall	Ges. in Mio.		pro Fall	Ges. in Mio.
2020	2.098	1.084	2,3	20	2.247	0,0	0	0	0,0	6	20.975	0,1	2.103	1.162	2,4
2021	8.805	5.341	47,0	232	2.645	0,6	3	2.200	0,0	54	13.955	0,8	8.841	5.474	48,4
2022	15.626	7.139	111,5	283	1.367	0,4	36	10.118	0,4	59	17.755	1,0	15.642	7.246	113,3
2023	14.138	6.257	88,5	266	3.175	0,8	187	10.355	1,9	59	24.033	1,4	14.190	6.530	92,7
2024	8.891	5.254	46,7	186	5.863	1,1	487	12.167	5,9	64	27.279	1,7	8.984	6.175	55,5
2025	6.886	3.866	26,6	131	7.154	0,9	742	14.526	10,8	67	19.591	1,3	7.013	5.654	39,7

* Die Summe der Leistungsfälle in den einzelnen Leistungsarten ergibt nicht die Anzahl der Leistungsfälle insgesamt, da ein Fall mehrere Leistungsarten erhalten kann.

Tabelle 20: Kosten für die medizinische Rehabilitation im Zusammenhang mit COVID-19 als Berufskrankheit in den Jahren 2020 bis 2025

Art der Leistung	Buchungsjahr und Kosten (in Mio. Euro)						
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Gesamt
Medizinische Rehabilitation darunter*	2,3	47,0	111,5	88,5	46,7	26,6	322,7
– Ambulante Heilbehandlung	0,2	3,2	11,4	13,7	11,5	9,1	49,1
– Stationäre Heilbehandlung	1,3	17,6	27,8	19,4	9,6	5,9	81,6
– Verletztengeld	0,6	18,1	49,9	38,1	16,5	6,9	130,1
– Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	0,1	7,0	19,8	14,7	6,9	3,0	51,5

* Es werden nur die relevanten Hauptkategorien aufgeführt

Im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung lassen sich gesundheitliche Langzeitfolgen beobachten. Diese werden in Abhängigkeit von der Dauer der gesundheitlichen Beschwerden nach der akuten Krankheitsphase als Long COVID (nach mehr als vier Wochen nach Infektion) oder als Post-COVID-Syndrom (nach mehr als zwölf Wochen nach Infektion) bezeichnet. Diese Definitionen für Long- und Post-COVID-Erkrankungen wurden allerdings erstmals mit der „S1-Leitlinie Long/Post-COVID“ im Juli 2021 veröffentlicht (Koczulla et al., 2021). Daher war zu Beginn der Pandemie eine leitliniengerechte differenzierte Erfassung der gemeldeten Verdachtsfälle in der laufenden Bearbeitung nicht möglich. Um dennoch eine Aussage über den Anteil der Long- beziehungsweise Post-COVID-Fälle für die sechs Berichtsjahre treffen zu können, werden diese Fälle anhand geeigneter Kriterien retrospektiv ermittelt. Bei der BGW erfolgt die Identifikation über das Kennzeichen „Einleitung eines Reha-Managements“. Dafür werden zwei Kriterien berücksichtigt: die „Dauer der Beschwerden“ (länger als zwölf Wochen ab Infektion), und die „Schwere der Erkrankung“. Doch diese retrospektive Ermittlung beinhaltet Unsicherheiten, da zum Zeitpunkt der Auswertung die erforderlichen Kriterien möglicherweise nicht vollständig vorlagen. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Post-COVID-Fälle untererfasst sind. Hinzu kommt, dass die BGW Versicherte mit leichten anhaltenden Symptomen anhand der oben genannten Kriterien nicht als Fall für ein Reha-Management erfasst.

Insgesamt wird in 1,6 Prozent der in den sechs Berichtsjahren als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Fälle (4.629 von 280.907 Fällen) die Einleitung eines Reha-Managements dokumentiert (keine Tabelle). Im Verlauf der sechs Jahre nimmt der Anteil dieser Fälle ab: von 4,8 beziehungsweise 3,6 Prozent in den Jahren 2020 und 2021 auf wenige Fälle in den Folgejahren beziehungsweise keinen Fall im Jahr 2025 (Zuordnung nach Jahr der Infektion; keine Tabelle).

Beschreibung der anerkannten COVID-19-Fälle

Die Versicherungsfälle mit einer von der BGW als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankung werden über die Kriterien Alter, Geschlecht und Branche näher beschrieben. In den Branchen sind verschiedene Tätigkeitsbereiche zusammengefasst. Die Branche Pflege umfasst stationäre Wohneinrichtungen für ältere und pflegebedürftige Menschen, stationäre Hospize sowie ambulante sozialpflegerische Dienste. Die Branche Kliniken umfasst Krankenhäuser, Kliniken und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die Branche Beratung und Betreuung umfasst Einrichtungen zur stationären Hilfe für Menschen mit Behinderungen und psychisch kranke Menschen sowie ambulante Einrichtungen für die Tagespflege und Betreuungsstellen.

Bei Meldung des BK-Verdachts waren etwa zwei Drittel der Versicherten, bei denen eine beruflich begründete COVID-19-Erkrankung anerkannt wurde, zwischen 26 und 55 Jahre alt (Tabelle 21). Elf Prozent waren jünger als 26 Jahre und 22 Prozent älter als 55 Jahre. Die Altersgruppe der über 55-Jährigen macht unter den Versicherten, die eine neue BK-Rente erhielten, 43 Prozent aus und unter den Versicherten, die infolge der COVID-19-Erkrankung verstorben sind, 67 Prozent.

Rund 80 Prozent der seit Pandemiebeginn anerkannten COVID-19-Fälle entfallen auf Frauen (Tabelle 22). Diese Verteilung zeigt sich auch bei den neuen BK-Renten. Die Todesfälle, die in den Jahren 2020 bis 2025 0,04 Prozent der anerkannten Fälle ausmachten, verteilen sich hingegen je zur Hälfte auf Frauen und Männer (49 bzw. 51 Prozent).

Eine branchendifferenzierte Betrachtung des Berufskrankheiten-Geschehens bei COVID-19-Erkrankungen zeigt, dass rund 60 Prozent der anerkannten COVID-19-Fälle und der neuen BK-Renten aus den Branchen Pflege und Kliniken stammen.

Tabelle 21: BK-Geschehen bei COVID-19-Erkrankungen nach Alter der Versicherten bei Meldung in den Jahren 2020 bis 2025

Alter bei Meldung (in Jahren)	Anerkennungen		Neue BK-Renten		Todesfälle	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Bis 15 Jahre	224	0,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %
16 bis 25 Jahre	30.903	11,0 %	11	1,2 %	2	1,8 %
26 bis 35 Jahre	55.218	19,7 %	54	5,9 %	3	2,8 %
36 bis 45 Jahre	61.750	22,0 %	151	16,6 %	7	6,4 %
46 bis 55 Jahre	69.701	24,9 %	299	32,9 %	24	22,0 %
56 bis 65 Jahre	59.170	21,1 %	368	40,5 %	57	52,3 %
66 Jahre und älter	2.609	0,9 %	26	2,9 %	16	14,7 %
Unbekannt	496	0,2 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Gesamt	**280.071**	**100 %**	**909**	**100 %**	**109**	**100 %**

Aus den Branchen mit einem hohen Betreuungsanteil, wie Kinderbetreuung, Beratung und Betreuung sowie berufliche Rehabilitation und Werkstätten, stammen ein Drittel der Anerkennungen und 22 Prozent der neuen BK-Renten. Zwei Drittel der Todesfälle als Folge einer COVID-19-Erkrankung betreffen die drei Branchen Pflege, Kliniken und Arztpraxen (Human- und Zahnmedizin) (vgl. Tabelle 22). Jeweils etwa zehn Prozent der Todesfälle sind aus den Branchen Beratung und Betreuung sowie berufliche Rehabilitation und Werkstätten. Betrachtet man die Zahl der anerkannten Fälle nach Branche, ist der Anteil von Versicherten, die infolge einer Infektion verstorben sind, in der Human- und Zahnmedizin (Arztpraxen) höher als in Pflege und Kliniken (18 von 9.053 im Vergleich zu 41 von 88.130 beziehungsweise 18 von 72.489). Dies lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass das Alter bei Meldung der Infektion bei Beschäftigten in Arztpraxen durchschnittlich höher war als bei Beschäftigten in den übrigen Branchen (83 Prozent bzw. 30 Prozent älter als 55 Jahre, keine Tabelle).

Im branchenbezogenen Berufskrankheiten-Geschehen entfallen auf Frauen gemittelt 82 Prozent der Anerkennungen. Den höchsten Frauenanteil gibt es in der Branche Kinderbetreuung (93 Prozent), den niedrigsten mit 53 Prozent in der Branche berufliche Rehabilitation und Werkstätten (vgl. Tabelle 22). Bei neuen BK-Renten zeigt sich ein ähnliches Bild: Der Anteil der Frauen überwiegt und liegt in der Branche Kinderbetreuung sogar bei 100 Prozent. Die drei Branchen berufliche Rehabilitation und Werkstätten, Arztpraxen (Human- und Zahnmedizin) und Verwaltung weisen unter den neuen BK-Renten einen etwas geringeren Frauenanteil als die anderen Branchen auf (zwischen 62 und 67 Prozent). Mit Ausnahme der Kinderbetreuung, in der beide Todesfälle Frauen betrafen, weist die Branche Pflege mit 73 Prozent den höchsten Frauenanteil an Todesfällen auf (30 von 41).

Tabelle 22: BK-Geschehen bei COVID-19-Erkrankungen mit Anteil Frauen, gruppiert nach Branche. Kumulierte Darstellung der Berichtsjahre 2020 bis 2025

Branche	Anerkennungen		Neue BK-Renten		Todesfälle	
	Anzahl	Anteil Frauen	Anzahl	Anteil Frauen	Anzahl	Anteil Frauen
Pflege	88.130	84,1 %	291	86,3 %	41	73,2 %
Kliniken	72.489	77,3 %	266	79,3 %	18	27,8 %
Kinderbetreuung	51.084	92,6 %	69	100,0 %	2	100,0 %
Beratung und Betreuung	36.190	77,7 %	106	78,3 %	11	18,2 %
Berufliche Rehabilitation und Werkstätten	11.838	53,2 %	26	65,4 %	10	50,0 %
Human- und Zahnmedizin	9.053	84,5 %	91	61,5 %	18	22,2 %
Verwaltung	5.091	79,8 %	9	66,7 %	1	0,0 %
Bildung	1.852	80,5 %	4	75,0 %	0	0,0 %
Sonstige*	4.344	82,6 %	47	78,7 %	8	62,5 %
Gesamt	**280.071**	**81,6 %**	**909**	**80,6 %**	**109**	**48,6 %**

* Darunter Tiermedizin, therapeutische Praxen, Pharmazie, Beauty & Wellness, Friseurhandwerk, Schädlingsbekämpfung, fremdartige Nebenunternehmen

Während der Frauenanteil bei den Anerkennungen hoch ist, zeigt sich bei den Todesfällen infolge einer COVID-19-Erkrankung ein umgekehrtes Verhältnis in den Branchen Kliniken (28 Prozent), Human- und Zahnmedizin (22 Prozent) sowie Beratung und Betreuung (18 Prozent) (vgl. Tabelle 22).

Eine Betrachtung der beruflichen Tätigkeiten der betroffenen Versicherten zum Zeitpunkt der Infektion zeigt, dass die meisten COVID-19-Erkrankungen auf Pflegefachbeziehungsweise Pflegehilfskräfte entfielen (vgl. Tabelle 23). Sie machten den höchsten Anteil bei Anerkennungen (54 Prozent), neuen BK-Renten (60 Prozent) sowie Todesfällen (53 Prozent) aus. An zweiter Stelle bei Anerkennungen und neuen BK-Renten stehen Fachkräfte in der Kinderbetreuung (18 und 10 Prozent). Bei den Todesfällen entfallen 16 Prozent auf das medizinisch ärztliche Personal, gefolgt von medizinischen Fachberufen, personenbezogenen Dienstleistungsberufen (acht Prozent), Hilfsarbeitskräften (unter anderem betreute Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen) mit sieben Prozent und Fachkräften in der Kinderbetreuung mit fünf Prozent. Gemessen an der Zahl der anerkannten Fälle ist der Anteil der infolge einer Infektion verstorbenen Versicherten bei Ärztinnen und Ärzten am höchsten. An zweiter Stelle folgen Hilfsarbeitskräfte, an dritter Stelle Pflegefach- und Pflegehilfskräfte. Exponierte Berufsgruppen mit intensivem Personenkontakt hatten während der COVID-19-Pandemie nachweislich die höchsten beruflichen Infektionsrisiken. Auch körpernahe Dienstleistungen, bei denen Abstandsregeln und das Tragen von Schutzmasken nicht eingehalten werden konnten, waren besonders betroffen (Bauer et al., 2021).

Tabelle 23: BK-Geschehen bei COVID-19-Erkrankungen mit Anteil Frauen, gruppiert nach Berufsgruppen – Kumulierte Darstellung der Berichtsjahre 2020 bis 2025

Berufsgruppe	Anerkennungen		Neue BK-Renten		Todesfälle	
	Anzahl	Anteil Frauen	Anzahl	Anteil Frauen	Anzahl	Anteil Frauen
Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Betreuungsberufe im Gesundheitswesen	151.240	82,4 %	549	85,4 %	58	65,5 %
Kinderbetreuerinnen und -betreuer	50.906	91,4 %	92	95,7 %	5	60,0 %
Medizinische Fachberufe, personenbezogene Dienstleistungsberufe	13.215	86,8 %	86	89,5 %	9	88,9 %
Küchen-, Reinigungs- und hauswirtschaftliches Personal, Hauswartinnen und Hauswarte	12.392	80,3 %	18	66,7 %	3	33,3 %
Ärztinnen und Ärzte	9.135	47,6 %	77	33,8 %	17	0,0 %
Sozialpflegerische Berufe	8.100	76,7 %	19	89,5 %	1	0,0 %
Hilfsarbeitskräfte (u. a. betreute Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen)	7.597	53,9 %	12	25,0 %	8	25,0 %
Lehrkräfte	4.922	86,9 %	5	60,0 %	1	0,0 %
Büro-, Verwaltungspersonal	3.705	85,0 %	22	86,4 %	0	0,0 %
Sonstige Berufe	18.859	73,9 %	29	65,5 %	7	14,3 %
Gesamt	**280.071**	**81,6 %**	**909**	**80,6 %**	**109**	**48,6 %**

5 Sonderthema: Forschungsstudien zu COVID-19-Erkrankungen im beruflichen Kontext

Dieses Sonderthema widmet sich den gesundheitlichen Beschwerdebildern von an COVID-19 erkrankten Personen im beruflichen Kontext. Dabei stützt es sich auf zwei wissenschaftliche Untersuchungen: eine mehrjährige Längsschnittstudie des Competenzzentrums Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Kooperation mit der BGW sowie die Auswertung des Post-COVID-Registers der BG Kliniken.

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass beide Studien ausschließlich betroffene Personen analysieren. Es sind Versicherte, die eine beruflich bedingte SARS-CoV-2-Infektion erlitten haben, teilweise unter anhaltenden Symptomen leiden und in ihre Teilnahme an der Studie eingewilligt haben. Es besteht die Möglichkeit, dass Versicherte mit anhaltenden Beschwerden eher motiviert sind, an einer wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen, um ihre Situation zu dokumentieren, während bereits Genesene seltener reagieren.

Die im Folgenden dargestellten Häufigkeiten – wie etwa die hohe Rate von körperlicher Leistungsminderung oder Fatigue – beziehen sich somit ausschließlich auf dieses Kollektiv der Erkrankten und beschreiben die Schwere und Verteilung der Symptome innerhalb dieser Gruppe.

Die Untersuchungen verfolgen dabei unterschiedliche Schwerpunkte:

Die Längsschnittstudie beobachtet über vier Erhebungszeitpunkte den Genesungsverlauf, die Veränderung der Arbeitsfähigkeit und die Lebensqualität von Versicherten, die sich im Jahr 2020 infiziert hatten. Die berichteten Ergebnisse beruhen auf Selbstangaben der befragten Versicherten, erhoben anhand eines standardisierten Fragebogens.

Das Post-COVID-Register liefert klinische Einblicke durch interdisziplinäre Diagnostik, identifiziert gemeinsam auftretende Beschwerdebilder und den konkreten Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen bei Versicherten mit komplexen Krankheitsverläufen.

Zusammen bieten diese Daten eine gute Grundlage, um die Versorgungsrealität und den Rehabilitationsbedarf von Menschen mit Post-COVID-Syndrom im beruflichen Kontext besser zu verstehen. Sie zeigen Bereiche auf, in denen weitere Forschung notwendig ist, und bieten ebenso Erkenntnisse für die Praxis.

5.1 COVID-19-Infektion: Wesentliche Ergebnisse einer Längsschnittbefragung von Versicherten der BGW

Hintergrund

Das Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2 (SARS-CoV-2) hat seit seiner Entdeckung weltweit zu erheblicher Morbidität (Häufigkeit der Erkrankungen) und Mortalität (Sterblichkeit) geführt. Die durch das SARS-CoV-2 verursachte Infektion, COVID-19, hat im Jahr 2020 zu einer Pandemie geführt und sich auf viele Bereiche des täglichen Lebens ausgewirkt. Auch im beruflichen Zusammenhang führte COVID-19 zu großen Herausforderungen. Ein höheres Infektionsrisiko als andere Berufsgruppen hatten zu Beginn der Pandemie vor allem Beschäftigte in personenbezogenen

Dienstleistungs- und Gesundheitsberufen (Mansson et al., 2024; Reuter et al., 2022; Wachtler et al., 2021; Wahrendorf et al., 2023). Bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) wurden bis Ende 2023 insgesamt 413.077 Anzeigen wegen Verdachts auf eine beruflich bedingte COVID-19-Infektion gestellt, von denen circa 67 Prozent als Berufskrankheit anerkannt wurden. Darunter befanden sich vor allem Personal der stationären Altenpflege, der Kinderbetreuung sowie Beschäftigte aus Kliniken und Arztpraxen (Dulon et al., 2025). In den frühen Pandemiewellen waren vorrangig berufliche Faktoren relevant wie der Kontakt mit COVID-19-Fällen und persönliche Schutzausrüstung, die im späteren Verlauf der Omikron-Wellen eine eher untergeordnete Rolle spielten (Martinez-Cajas et al., 2025).

Die Folgen der Pandemie sind durch Long COVID/Post-COVID noch immer sichtbar. Nach einer Infektion berichteten Betroffene über Monate bis Jahre von lang anhaltenden postviralen Beschwerden, die mit leichten bis starken gesundheitlichen Einschränkungen einhergehen konnten (Peter et al., 2025). Long COVID bezeichnet Symptome, die mehr als vier Wochen nach der akuten Infektion bestehen. Von einem Post-COVID-Syndrom (PCS) wird gesprochen, wenn die Symptome länger als drei Monate nach Infektionsbeginn anhalten und nicht durch eine alternative Diagnose erklärt werden können (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines, 2024).

Langzeituntersuchungen von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialdienst, die unter den Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion litten, waren zu Beginn unserer Studie selten und über den natürlichen Verlauf von Long COVID war nur wenig bekannt. Die Verwendung von exponierten Berufsgruppen als Vergleichsgruppen anstelle von Krankenhauspatienten und -patientinnen ermöglicht eine bessere Einschätzung der Belastung durch Long COVID in diesen Berufen.

Um die Folgen der COVID-19-Infektion für Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialdienst zu untersuchen, wurde eine Langzeitstudie durchgeführt. Damit sollten der zeitliche Verlauf sowie Einflussfaktoren auf das Krankheitsgeschehen beobachtet werden. Wesentliche Aspekte waren dabei die Entwicklung lang anhaltender Symptome, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und mentale Gesundheit sowie die Arbeitsfähigkeit.

Methoden

Im Rahmen einer explorativen Kohortenstudie (beobachtende Studie mit einer Teilnehmendengruppe) wurden Versicherte der BGW zu vier Zeitpunkten befragt. Die Versicherten hatten im Jahr 2020 einen Verdacht auf eine beruflich bedingte Infektion mit SARS-CoV-2 gemeldet, der durch PCR-Testung und/oder Symptome bestätigt wurde. Bei der BGW sind Beschäftigte aus nichtstaatlichen Einrichtungen im Gesundheits- und Wohlfahrtsdienst in Deutschland versichert. Die Tätigkeiten umfassen neben Gesundheitsberufen auch die Soziale Arbeit sowie andere Tätigkeiten in Gesundheits- oder Sozialeinrichtungen. Für die Studie wurden die Versicherten zu vier Erhebungszeitpunkten befragt. Die Basiserhebung (T1) wurde im Februar 2021 durchgeführt, die Folgebefragungen fanden im Oktober 2021 (T2), im März 2022 (T3) und die letzte Befragung (T4) im April 2023 statt (Abbildung 1). Es wurden alle Versicherten mit einer bis zum 31. Dezember 2020 gemeldeten SARS-CoV-2-Infektion aus zwei Regionen in Deutschland für die Teilnahme berücksichtigt. Für die Basiserhebung wurden 4.325 Versicherte zur Teilnahme eingeladen, von denen 47 Prozent an der ersten Befragung teilnahmen. Diese Kohorte von 2.053 versicherten Personen wurde für alle

weiteren Befragungen angeschrieben. Die Versicherten gaben nach ausführlicher Aufklärung ihr schriftliches Einverständnis zur freiwilligen Studienteilnahme.

Die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg erteilte für die Durchführung der Studie ein positives Votum (2021-10463-BO-ff).

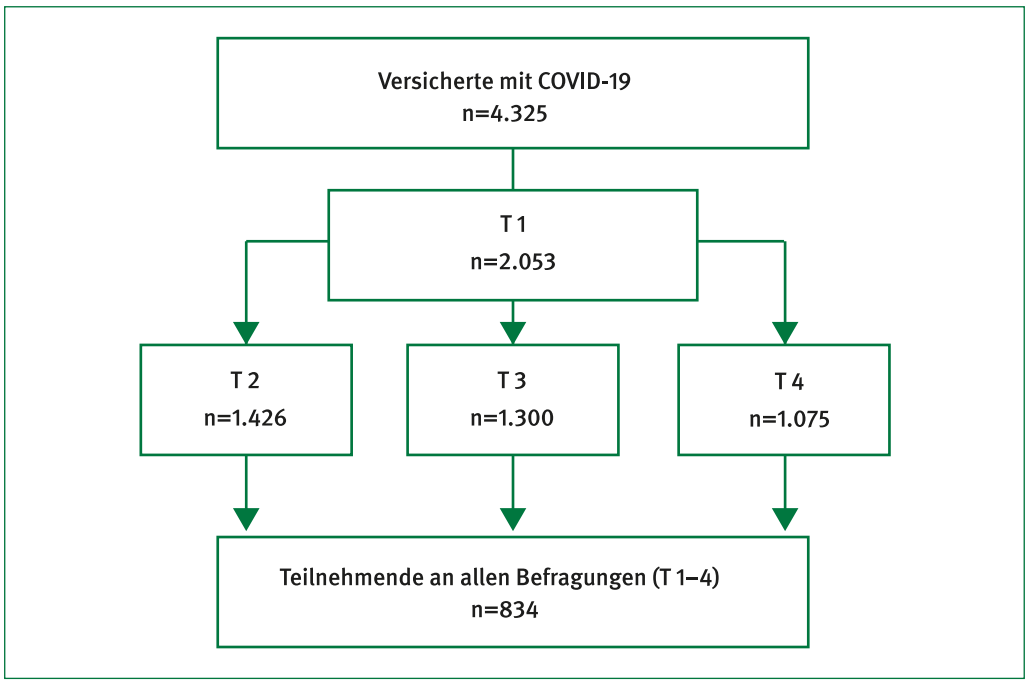


Abbildung 1: Teilnahme der Versicherten im Studienverlauf

Für die Datenerhebung wurde ein umfangreicher Fragebogen zu verschiedenen Themenkomplexen entwickelt, den die Teilnehmenden ausfüllten. Die Basiserhebung beinhaltete soziodemografische Angaben, Informationen zur körperlichen Aktivität, zum Rauchverhalten, zu Körpergröße und -gewicht, zu ärztlich diagnostizierten Vorerkrankungen sowie zu den beruflichen Tätigkeiten und Bereichen. Die Erhebung der Symptome bezog sich auf den Zustand zum Zeitpunkt der akuten Infektion und zum Zeitpunkt der jeweiligen Befragung in leichter, mäßiger oder schwerer Ausprägung. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgte mithilfe des WAI-Fragebogens (Work Ability Index) (Hasselhorn/Freude 2007), auf einer Skala von 0 bis 10 (0=sehr schlecht, 10=sehr gut) jeweils für die Zeit vor COVID-19 und den Zeitpunkt der Befragung. Um die gesundheitsbezogene Lebensqualität beurteilen zu können, wurde der Veterans RAND 12-Item Health Survey (VR-12) (Buchholz et al. 2021) verwendet. Es können Werte zwischen 0 und 100 für die körperliche und psychische Summenskala erreicht werden. Hohe Werte entsprechen einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Mit dem Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety-4 wurden Angaben zu Depressivität- und Angstsymptomatik erhoben (PHQ-4) (Löwe et al. 2010). Die Wertebereiche beider Skalen umfassen Werte zwischen 0 und 6, wobei ein Ergebnis von ≥ 3 auf eine depressive Symptomatik beziehungsweise Angststörung hinweist.

Die Darstellung der Ergebnisse für metrische Variablen (Messwerte) erfolgt durch Mittelwert (MW), Median und Standardabweichung (SD). Kategoriale Variablen werden mit absoluten und relativen Häufigkeiten dargestellt. Gruppenunterschiede wurden mit Fishers exaktem Test bei kategorialen Variablen und bei stetigen Variablen durch einen t-Test geprüft. Fehlende Angaben wurden berücksichtigt und in den Tabellen angegeben.

Tabelle 1: Vergleich der Studienpopulation zum Zeitpunkt der ersten und vierten Befragung

		T1 (2021) n=2.053	T4 (2023) n=1.075	p-Wert
		n/%	n/%	
Geschlecht	Weiblich Männlich	1.676/81,6 377/18,4	884/82,2 191/17,8	0,17
Alter	‹35 35–49 ›49 Jahre	377/18,4 551/26,8 1.125/54,8	152/14,1 255/23,7 668/62,1	‹0,001
Raucher k. A. 22/7		327/15,9	127/11,9	0,002
BMI k. A. 31/15	≤24,9 Unter-/Normalgewicht 25,0–29,9 Übergewicht ≥30,0 Adipositas	873/42,5 666/32,4 483/23,5	461/43,5 352/33,2 247/23,3	0,9
Familie k. A. 9/7	Alleinlebend Erwachsene Erwachsene mit Kindern	333/16,3 1.072/52,2 639/31,2	163/15,3 580/54,3 325/30,4	0,7
Berufliche Tätigkeit k. A. 2/2	Pflegerische Tätigkeit Ärztliche Tätigkeit Therapeutische Tätigkeit Hauswirtschaftliche Tätigkeit Betreuung/sozialer Dienst Verwaltungstätigkeit Andere Tätigkeiten	1.240/60,5 201/9,8 121/5,9 112/5,5 88/4,3 86/4,2 203/9,9	638/59,3 113/10,5 70/6,5 44/4,1 46/4,3 45/4,2 119/11,1	0,6
Tätigkeitsbereich k. A. 13/6	Krankenhaus Stationäre Altenpflege Behindertenhilfe Arztpraxis Ambulante Pflege Anderer Bereich	854/41,9 723/35,4 110/5,4 95/4,7 82/4,0 176/8,6	472/44,2 338/31,6 55/5,1 54/5,1 49/5,1 101/9,4	0,4

k. A. keine Angaben

Ergebnisse

• Stichprobenbeschreibung

Insgesamt 2.053 versicherte Personen (Response 47,5 Prozent) nahmen an der ersten und 1.075 (Response 52,4 Prozent von 2.053) an der vierten Befragung T4 teil (Tabelle 1). Über 80 Prozent der Befragten waren Frauen und mehr als die Hälfte waren 50 Jahre oder älter. Der Anteil der Raucherinnen und Raucher war zu Beginn mit 16 Prozent höher als bei T4. Wenig Unterschiede zeigen sich bei der Verteilung des Body-Mass-Index (BMI): Über 40 Prozent waren normalgewichtig und knapp ein Viertel hatte nach der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Adipositas (Fettleibigkeit). Als berufliche Tätigkeiten wurden mit circa 60 Prozent Pflegeberufe genannt, gefolgt von ärztlichen und therapeutischen Berufen. Am häufigsten wurde die jeweilige Tätigkeit im Krankenhaus oder der stationären Altenpflege ausgeübt.

• Post-COVID-Symptome

In Abbildung 2a sind die akuten Symptome während der COVID-19-Infektion den lang anhaltenden Post-COVID-Symptomen gegenübergestellt. Während der Akutphase der Infektion berichteten die Teilnehmenden vor allem von Müdigkeit/Erschöpfung, Muskel- und Gliederschmerzen sowie Kopfschmerzen und Husten. Nach zwei Jahren (T4 2023) gaben die Betroffenen mit persistierenden Symptomen (anhaltenden Beschwerden) besonders häufig anhaltende Müdigkeit/Erschöpfung, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme und Kurzatmigkeit an.

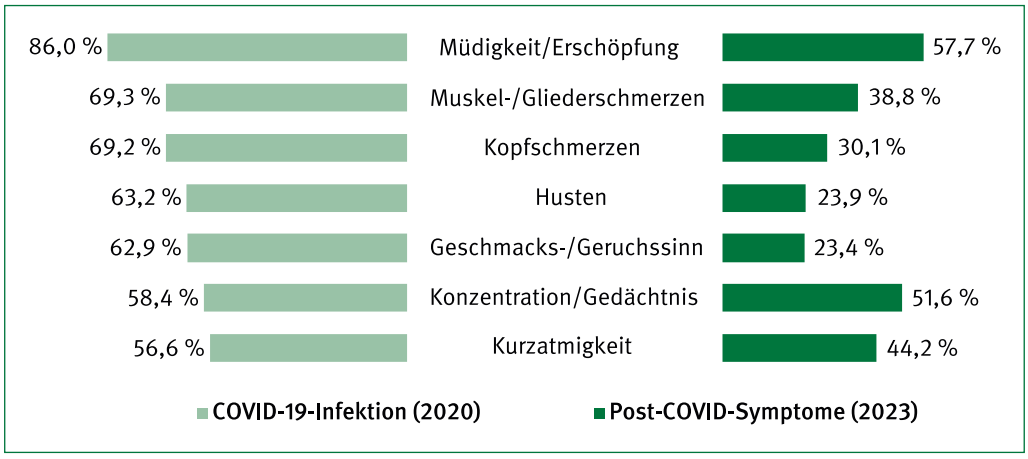


Abbildung 2a: Vergleich von Symptomen während einer COVID-19-Infektion und persistierenden Symptomen, angegeben in Prozentanteilen.

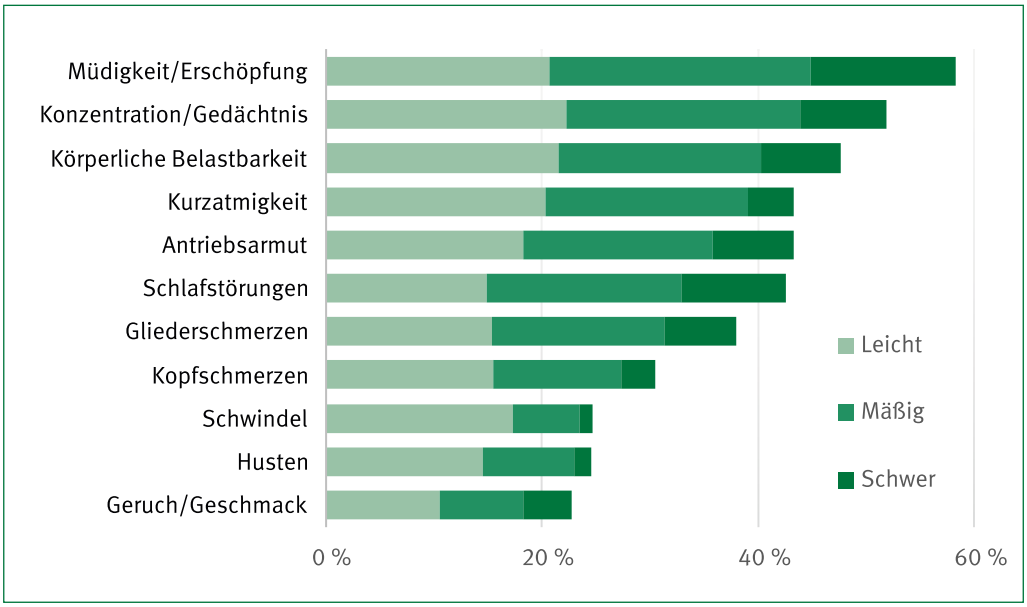


Abbildung 2b: Ausprägung der persistierenden Symptome zum Zeitpunkt T4 (2023)

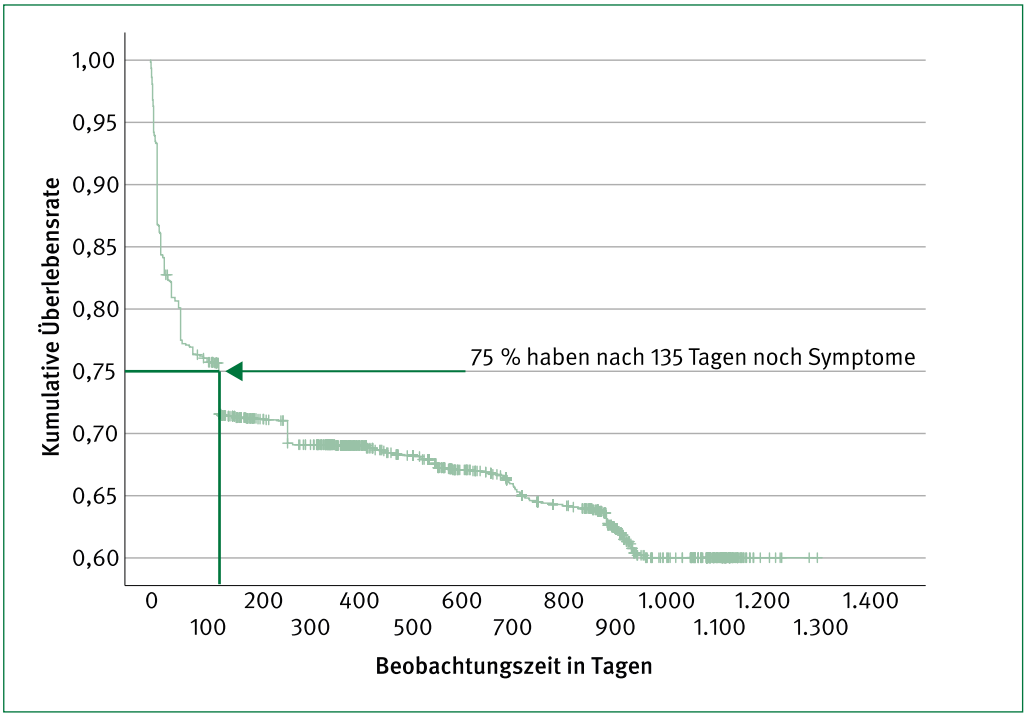


Abbildung 3: Ereigniszeitanalyse vom positiven SARS-CoV-2-Test bis zur Symptomfreiheit, adaptiert aus Koch et al. 2025

Die Stärke der anhaltenden Symptome beschrieben die Versicherten überwiegend als leicht bis mäßig. Ein kleinerer Anteil berichtete jedoch von Post-COVID-Symptomen, die bei Müdigkeit/Erschöpfung, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen und Antriebsarmut in einer schweren Ausprägung vorhanden waren (Abbildung 2b).

- Häufigkeit und Einflussfaktoren von Post-COVID-Symptomen

Zur Veranschaulichung des Genesungsverlaufs wurde eine Überlebens- oder Ereigniszeitanalyse (Survival-Analyse) genannt durchgeführt. Mit der Überlebensfunktion wird die Zeit bis zum Eintreten eines Ereignisses ermittelt. Als Ereignis wurde das Erreichen von Symptomfreiheit definiert. Dieses wurde erreicht, wenn keine Symptome seit der SARS-CoV-2-Infektion vorhanden waren. Die Beobachtungszeit wurde als Zeit vom positiven SARS-CoV-2-Test bis zur Symptomfreiheit beziehungsweise bis zum Ende der Beobachtung festgelegt (Koch et al., 2025). Bis zum 135. Tag ihres individuellen Beobachtungszeitraums hatten 75 Prozent der Teilnehmenden noch Symptome beziehungsweise waren 25 Prozent symptomfrei (Abbildung 3). Ein Jahr nach ihrer SARS-CoV-2-Infektion (nach 365 Tagen) hatten 69 Prozent noch Symptome beziehungsweise waren 31 Prozent symptomfrei. Nach 972 Tagen (32 Monate) betrug die kumulative Überlebensrate 60 Prozent beziehungsweise waren 40 Prozent symptomfrei. Die individuelle maximale Beobachtungszeit betrug 1.310 Tage. Am Ende der Studie, waren 35 Prozent symptomfrei.

Die Ergebnisse der Cox-Regression zeigen, dass Faktoren wie das weibliche Geschlecht und eine zunehmende Anzahl an Vorerkrankungen statistisch signifikante Einflussfaktoren für eine längere Genesungszeit nach der COVID-19-Infektion sind (keine Tabelle). Die Anzahl der schweren Akutsymptome war ein weiterer Einflussfaktor für eine längere Genesungszeit: mit Zunahme der Akutsymptome verlängerte sich die Genesungszeit. Es zeigte sich zudem, dass mit höherem Alter die Wahrscheinlichkeit einer längeren Genesungszeit steigt. Personen, die einer ärztlichen Tätigkeit nachgingen, hatten eine um 50 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit für eine längere Genesungszeit im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen (Koch et al. 2025).

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität und mentale Gesundheit

Mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL – Health-Related Quality of Life) wird die subjektive Wahrnehmung der Befragten mit verschiedenen Dimensionen zu Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit beschrieben und zu einer physischen und psychischen Summenskala (Gesamtwerte für körperliche und seelische Gesundheit) zusammengefasst. Es können jeweils Werte zwischen 0 und 100 erreicht werden, wobei höhere Werte einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität entsprechen.

Für die Betrachtung des zeitlichen Verlaufs wurden gemischte Analysen durchgeführt, um die individuellen Verläufe berücksichtigen und bereits vor der COVID-19-Infektion bestehende Einflussfaktoren einschließen zu können. Dabei handelte es sich um Geschlecht, Alter, häusliche Situation, berufliche Tätigkeit, Raucherstatus, Adipositas, ärztlich diagnostizierte Vorerkrankungen sowie die subjektiv eingeschätzte Gesundheit vor der COVID-19-Infektion. Im Ergebnis werden Mittelwerte mit dem Vertrauensbereich (95 % Konfidenzintervall) und dem zugehörigen p-Wert angegeben. Für die Berechnung wurden die Angaben von 834 (40,6 Prozent) Versicherten einbezogen, die an allen vier Befragungen teilgenommen haben (siehe Abbildung 1).

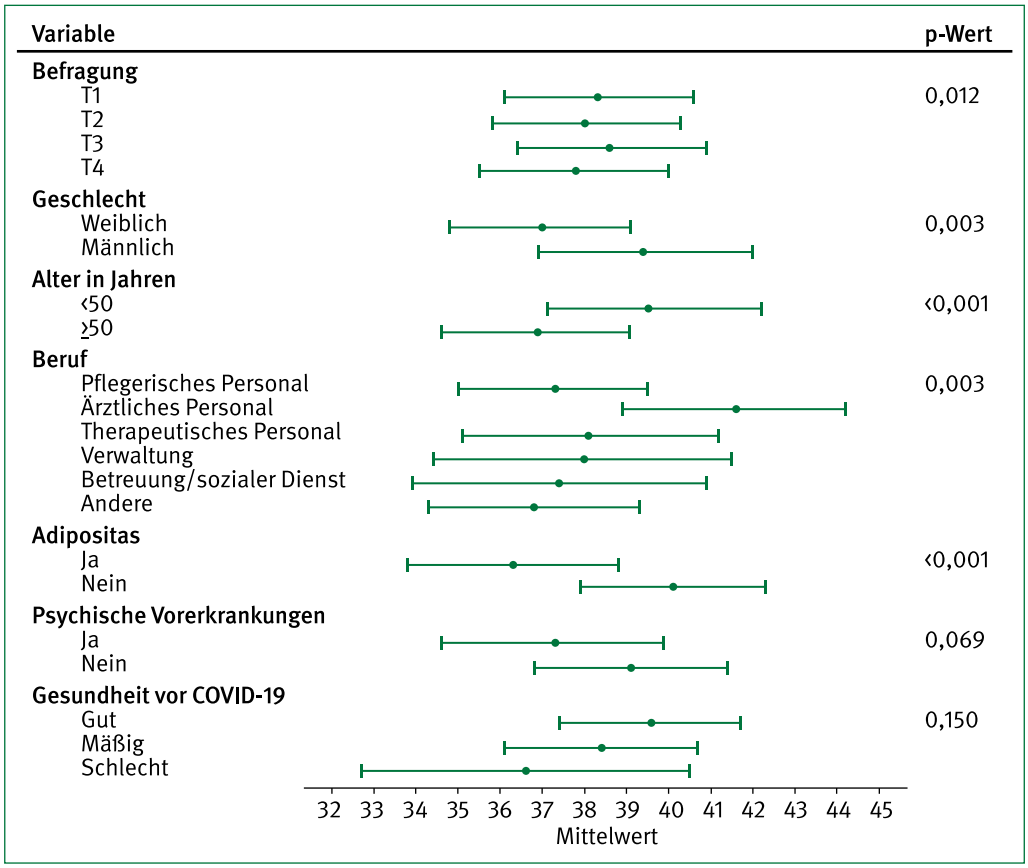


Abbildung 4: Einflussfaktoren für die gesundheitsbezogene körperliche Lebensqualität

Einflussfaktoren für die gesundheitsbezogene geringere körperliche Lebensqualität sind weibliches Geschlecht, höheres Alter ab 50 Jahre und Adipositas (Abbildung 4). Der ärztliche Beruf zeigte sich im Vergleich mit anderen Berufen als derjenige mit der statistisch signifikant besseren körperlichen Lebensqualität. Der Befragungszeitpunkt hatte keinen Einfluss auf die körperliche Lebensqualität. Für die psychische Lebensqualität (Abbildung 5) finden sich sinkende Werte über die vier Befragungszeitpunkte. Demgegenüber sind die ärztliche Tätigkeit, das Nichtvorhandensein einer psychischen Vorerkrankung sowie ein als gut eingeschätzter Gesundheitszustand vor der COVID-19-Infektion mit einer statistisch signifikant höheren psychischen Lebensqualität verbunden.

Im Zusammenhang mit Long COVID/Post-COVID lassen sich für Betroffene deutlich geringere Werte für die Lebensqualität im Vergleich zu Genesenen beobachten. Die mittlere körperliche Lebensqualität lag zum Zeitpunkt der letzten Befragung bei anhaltender Post-COVID-Symptomatik bei 39 gegenüber 51,9 bei Personen ohne PCS. Die mittlere psychische Lebensqualität war bei PCS bei 38,9 versus 52,8 ohne PCS.

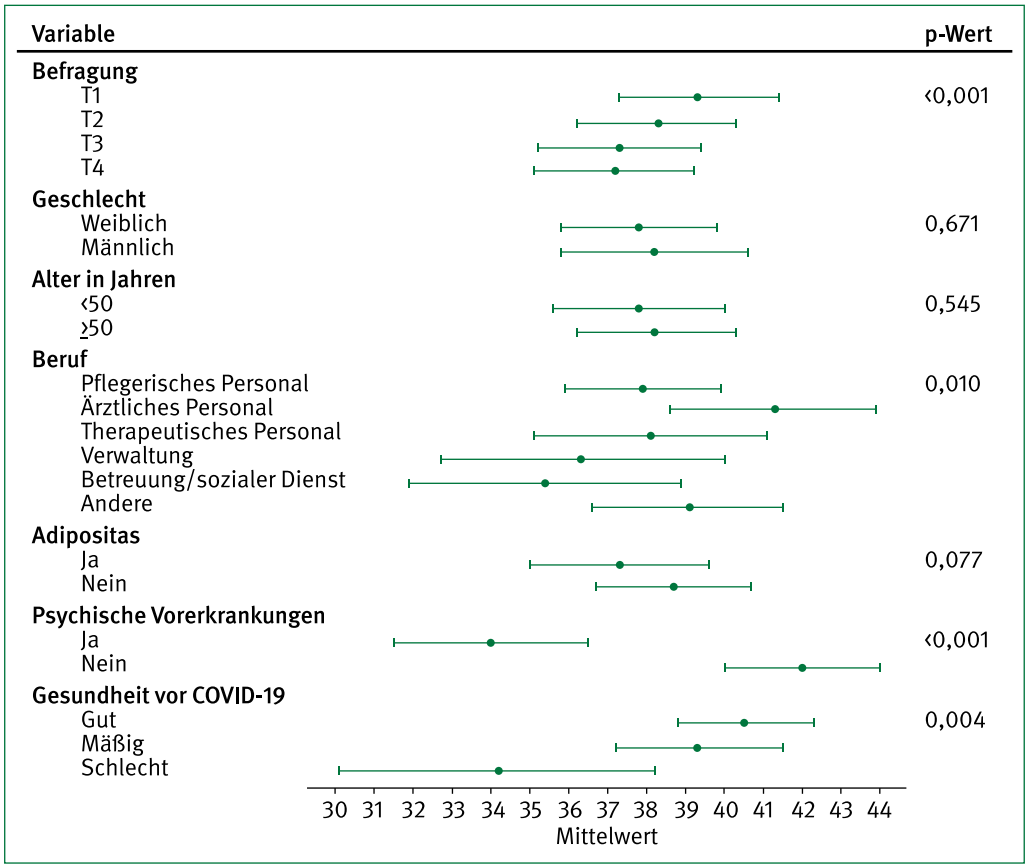


Abbildung 5: Einflussfaktoren für die gesundheitsbezogene psychische Lebensqualität

Im Zeitverlauf konnte eine Zunahme der depressiven Symptomatik bei den Befragten beobachtet werden. Statistisch signifikante Einflussfaktoren waren die Tätigkeit, psychische Vorerkrankungen und der subjektive Gesundheitszustand vor der COVID-19-Infektion. Je schlechter eine Person diese Faktoren einschätzte, desto höher war der Mittelwert. Die ärztliche Tätigkeit zeigte den geringsten Mittelwert aller Tätigkeiten – insbesondere im Vergleich mit den Tätigkeitsfeldern sozialer Dienst und Pflege. Bei den Einflussfaktoren für Symptome von Ängstlichkeit war ein ähnliches Bild zu beobachten. Zusätzlich beeinflusste hier das Rauchverhalten die Symptomatik negativ.

Bei Betroffenen mit einem weiterhin bestehenden PCS zeigten sich mehr als doppelt so hohe Mittelwerte für depressive und Angstsymptome wie bei Personen ohne PCS. Der Anteil derjenigen, die ein PCS und mentale Symptome zum Zeitpunkt T4 berichteten, beträgt für depressive und Angstsymptome 24 Prozent beziehungsweise 26 Prozent (Peters et al., 2025).

- Arbeitsfähigkeit

Die Arbeitsfähigkeit wurde für die Zeit vor der Pandemie sowie zu jedem Befragungszeitpunkt erhoben. Dafür schätzen die Befragten ihre Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0 bis 10 ein (0=sehr schlecht, 10=sehr gut). Präpandemisch wurde mit einem Mittelwert von 9,3 eine sehr gute Arbeitsfähigkeit berichtet. Bei der ersten Befragung 2021 verringerte sich dieser Wert im Mittel auf 7,5. Für Betroffene mit persistierenden Symptomen sank die Arbeitsfähigkeit deutlich auf 6,8 gegenüber 8,9 bei den Befragten ohne Symptome ($p<0,001$) (Peters et al., 2025).

Die Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt T3 (2022) schätzten 49 Prozent der 1.300 Befragten als sehr gut bis gut sowie 51 Prozent als moderat bis schlecht ein. Männer gaben häufiger eine gute bis sehr gute Arbeitsfähigkeit als Frauen an (63 versus 46 Prozent). Teilnehmende unter 50 Jahren schätzten ihre Arbeitsfähigkeit dabei häufiger als gut bis ausgezeichnet ein als solche, die älter als 50 Jahre waren. Das Vorhandensein von persistierenden Symptomen seit der COVID-19-Infektion zeigt: Je schlechter die Arbeitsfähigkeit angegeben wurde, desto höher war der Anteil derjenigen mit Symptomen. Und umgekehrt wird erkennbar, je besser die Arbeitsfähigkeit eingeschätzt wurde, desto höher war der Anteil der Befragten ohne Symptome. Als Einflussfaktoren für eine schlechte bis moderate Arbeitsfähigkeit wurden vorbestehende Erkrankungen wie Adipositas und psychische Erkrankungen sowie Post-COVID-Symptome identifiziert. Auf der anderen Seite ist die Wahrscheinlichkeit für eine schlechte Arbeitsfähigkeit bei ärztlichem und therapeutischem Personal deutlich geringer als bei Pflegekräften (Hassanin et al., 2025).

Diskussion

- Häufigkeit und Einflussfaktoren persistierender Symptome

Im Rahmen dieser Längsschnittuntersuchung wurden Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialdienst, die frühzeitig in der Pandemie an einer SARS-CoV-2-Infektion erkrankten, zu vier Zeitpunkten innerhalb von drei Jahren befragt. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden berichtete von mindestens einem lang anhaltenden Symptom seit der Infektion. Die akute Infektion lag zum Zeitpunkt der letzten Befragung (T4) zwischen 26 und 43 Monate zurück (mediane Dauer 34 Monate). Am häufigsten gaben sie Beschwerden wie Müdigkeit/Erschöpfung, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme sowie eingeschränkte körperliche Belastbarkeit an. Ähnliche Ergebnisse wurden auch in anderen Studien beobachtet (Davis et al., 2023; Huang et al., 2023; Luo et al., 2024). Bei Untersuchungen von medizinischem Personal mit persistierenden Symptomen wurden Häufigkeiten zwischen 15 und 70 Prozent ermittelt (Havervall et al., 2021; Nehme et al., 2023; Nielsen et al., 2021; Strahm et al., 2022). Es ist anzumerken, dass es sich bei diesen und der vorliegenden Studie nicht um bevölkerungsrepräsentative Stichproben handelt, sondern der Fokus auf Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialdienst lag. Diese Gruppe zeichnet sich durch bestimmte demografische Merkmale aus, zu denen ein hoher Anteil an Frauen und Personen mittleren Alters gehört. Das weibliche Geschlecht zeigte sich sowohl in unserer Studie als auch in anderen Untersuchungen als ein Risikofaktor für Post-COVID-Erkrankungen (Notarte et al., 2022; Thompson et al., 2022; Tsampasian et al., 2023). Weitere Einflussfaktoren neben Geschlecht und höherem Alter waren vor allem die Anzahl der schweren Akutsymptome und die Anzahl der Vorerkrankungen, was sich vor allem bei Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen zeigte. Die Akutsymptomatik kann als Ausdruck einer schweren Erkrankung interpretiert werden. Diese Schlussfolgerung steht im Einklang mit Ergebnissen anderer Studien (Tsampasian et al., 2023).

Die in dieser Studie untersuchte Gruppe von Beschäftigten aus Gesundheits- und Sozialdienst zeichnet sich durch besondere Arbeitsbedingungen mit häufigen Kontakten zu Patienten und Patientinnen und hoher psychischer Belastung aus, insbesondere während der COVID-19-Pandemie. Neben den direkten Folgen einer Infektion könnten soziale, psychische und umweltbedingte Faktoren bei der Entstehung von Post-COVID eine Rolle spielen (Saunders et al., 2023). Psychischer Stress vor der Pandemie wurde in einigen Studien als Risikofaktor für Post-COVID identifiziert (Thompson et al., 2022;

Wang et al., 2022). Ein weiterer Grund für die hohe Prävalenz (Häufigkeit) von Post-COVID bei Beschäftigten im Gesundheitswesen in der vorliegenden Studie könnte daher auch der hohe Stresspegel während der Pandemie sein (Steinke et al., 2024).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und mentale Gesundheit

Die Ergebnisse dieser Kohortenstudie deuten auf eine Beeinträchtigung der Lebensqualität und der mentalen Gesundheit nach einer COVID-19-Infektion hin. Einen signifikanten Einfluss auf die körperliche Lebensqualität zeigten insbesondere das Geschlecht, Alter sowie Adipositas und andere vorbestehende Erkrankungen. Im Zeitverlauf verschlechterte sich die psychische Lebensqualität. Hier zeigten sowohl psychische Vorerkrankungen als auch der subjektive Gesundheitszustand vor der COVID-19-Infektion einen deutlichen Einfluss auf die mentale Gesundheit. Zudem wiesen Betroffene mit anhaltenden PCS-Symptomen eine wesentlich geringere Lebensqualität auf als Genesene. Auch andere Autoren und Autorinnen berichteten von einer verringerten gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Betroffenen mit lang anhaltenden Symptomen (zum Beispiel Kirchberger et al., 2024). Zusätzlich wurde von funktionellen Einschränkungen (Naik et al., 2025), Auswirkungen auf alltägliche und berufliche Aktivitäten (Weigel et al., 2025) sowie auf die berufliche Leistungsfähigkeit (Prazeres et al., 2025) berichtet. Eine Zunahme von mentalem Distress (psychische Belastung) während der Pandemie zeigte sich auch bei nichtmedizinischen Beschäftigten. Als Risikofaktoren wurden unter anderem eine vorbestehende Angst- oder Depressionsdiagnose sowie chronischer arbeitsbedingter Stress und als unzureichend empfundene Schutzmaßnahmen gegen SARS-CoV-2 am Arbeitsplatz identifiziert (Casjens et al., 2024).

Bei Untersuchungen der deutschen Bevölkerung während der Pandemie beobachtete das Robert Koch-Institut Auswirkungen der COVID-19-Erkrankung auf die mentale Gesundheit mit zunehmender depressiver und Angstsymptomatik. Danach stieg der Anteil möglicher depressiver Störungen in der deutschen Bevölkerung von neun Prozent im Jahr 2020 auf 17 Prozent im Jahr 2022, der Anteil der Angststörungen von sieben Prozent im Jahr 2021 auf elf Prozent im Jahr 2022 ($p<0{,}001$) (Mauz et al., 2023). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wiesen Beschäftigte im Gesundheitswesen höhere Prävalenzraten für Burnout, Angstzustände, Depressionen und Stress auf (Huang et al., 2024). Auch für Beschäftigte in der direkten Patientenversorgung wurde von einer hohen und im Verlauf der Pandemie ansteigenden psychischen Belastung berichtet (Niecke et al., 2025). Bei Vorliegen eines PCS zeigten sich häufiger depressive Symptomatiken und Angststörungen sowie eine deutlich geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität als bei Personen ohne PCS (Kirchberger et al., 2024; O' Mahony et al., 2022; Tebeka et al., 2023).

Arbeitsfähigkeit

Eine schlechte bis moderate Arbeitsfähigkeit zum Befragungszeitpunkt T3 gaben etwa die Hälfte der Studienteilnehmenden an. Zu den Faktoren, die mit einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit assoziiert waren, gehörten ein höherer BMI, das Vorliegen schwerer Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme in der akuten Phase von COVID-19, das Vorhandensein von Post-COVID-Symptomen sowie bereits bestehender psychischer Erkrankungen. Umgekehrt war ein höheres Maß an körperlicher Aktivität mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine schlechte Arbeitsfähigkeit verbunden (Hassanin et al., 2025). Andere Studien zeigten die Auswirkungen der Post-COVID-Symptome auf Alltagsfunktionen und die Arbeitsleistung.

Besonders Müdigkeit, Atemnot und kognitive Beeinträchtigungen haben demnach maßgeblich zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beigetragen (Davis et al., 2023; Fernández-de-Las-Peñas et al., 2022; Sudre et al., 2021). Auch der Einfluss von Alter (Jacob et al., 2021; Sansone et al., 2022; Westerlind et al., 2021) und weiblichem Geschlecht (Braig et al., 2024; Brehm et al., 2021; Cazé et al., 2023) auf die Arbeitsfähigkeit wurde von anderen Autorinnen und Autoren berichtet. In der Kohorte der vorliegenden Untersuchung fand sich hingegen kein Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht, Rauchen, Familiensituation und Arbeitszeit mit der Arbeitsfähigkeit.

Stärken und Schwächen

In dieser Studie wurden Versicherte, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit eine beruflich verursachte SARS-CoV-2-Infektion im Jahr 2020 erlitten, im Follow-up über drei Jahre beobachtet. Einrichtungsübergreifend konnten sehr unterschiedliche Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zu ihrem Krankheitsverlauf an insgesamt vier Zeitpunkten befragt werden. Trotz einer guten Response (Teilnahme) bei jedem Follow-up ist eine Verzerrung durch einen Selection Bias (Verzerrung durch die Auswahl der Teilnehmenden) möglich. Es ist davon auszugehen, dass sich vor allem Personen mit anhaltenden Beschwerden und einem hohen Leidensdruck, weniger jedoch solche ohne postvirale Probleme an der Studie beteiligt haben. Das könnte in der Folge auch zu einer Überschätzung der Häufigkeit von Post-COVID in dieser Kohorte geführt haben. Durch die Akquise der Teilnehmenden über eine Unfallversicherung und deren Versichertenprofil mit überwiegend weiblichen Versicherten sind Männer in unserer Studie unterrepräsentiert. Somit lassen sich keine verallgemeinernden geschlechtsspezifischen Schlüsse ziehen. Als eine weitere Limitierung ist die Datenerhebung durch eine schriftliche Befragung zu nennen. Das Selbstberichten und die Selbsteinschätzung von Gesundheit beeinträchtigenden Symptomen und Befindlichkeiten sind subjektiv und können sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Eine Objektivierung durch klinische Messungen war aufgrund des Studiendesigns nicht vorgesehen. Das Fehlen einer adäquaten Vergleichsgruppe ohne SARS-CoV-2-Infektion oder aus der Allgemeinbevölkerung muss ebenfalls als eine Einschränkung angemerkt werden. Bei der Betrachtung der Ergebnisse dieser Studie ist außerdem der Einfluss verschiedener Phasen der pandemischen Situation mit Lockdown und/oder diversen Beschränkungen und Reglementierungen zu bedenken. Sie waren jedoch nicht Gegenstand der Studie und sind somit nicht isoliert darstellbar.

Fazit

Die hohe Prävalenz anhaltender Symptome, die in der Kohorte bei Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialdienst beobachtet wurde, sowie die damit verbundenen Folgen für die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit unterstreichen die Bedeutung der langfristigen Folgen von SARS-CoV-2 nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die öffentliche Gesundheit. Die Entwicklung adäquater Präventions-, Therapie- und Rehabilitationskonzepte, insbesondere für das Gesundheitspersonal und andere Berufsgruppen mit hohem Risiko, ist daher unerlässlich. Es bedarf weiterer Forschung unter Verwendung standardisierter, kontrollierter Studiendesigns, um den Pathomechanismus (Entstehungsmechanismus einer Erkrankung) zu untersuchen, die Kernsymptome weiter einzugrenzen und eine bessere Unterscheidung zwischen Post-COVID-Symptomen und den allgemeinen Auswirkungen der Pandemie zu ermöglichen.

Autorinnen und Autoren

Claudia Peters, Peter Koch, Lara Steinke, Reem Hassanin [1]
Madeleine Dulon, Albert Nienhaus [2]

1 Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg.

2 Abteilung Arbeitsmedizin, Gesundheitswissenschaften und Gefahrstoffe, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg.

Originalliteratur

Prevalence and predictors of post-COVID-19-related symptoms: an extended follow-up among employees in health and welfare services in Germany: a short report.



Impact of COVID-19 on Health-Related Quality of Life and Mental Health Among Employees in Health and Social Services—A Longitudinal Study



Determinants of work ability among health and social services workers with work-related COVID-19 infection in Germany



5.2 Post-COVID: Erkenntnisse und Versorgungsbedarfe aus dem Register der BG Kliniken

Die COVID-19-Pandemie hat eine neue langfristige Versorgungsrealität für Versicherte mit COVID-19-Langzeitfolgen geschaffen, die eine gezielte Begleitung auf dem Weg zur Genesung und zurück ins Erwerbsleben erfordert. Die systematische Erfassung von COVID-19-Langzeitfolgen ist für die gesetzlichen Unfallversicherungsträger (UVT) Voraussetzung für eine zielgerichtete Heilverfahrenssteuerung. Zur Abschätzung der Folgen für Versicherte der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) implementierten

die BG Kliniken ein interdisziplinäres Post-COVID-Diagnoseprogramm. Je nach Symptomschwere erhalten die Betroffenen eine ambulante Untersuchung oder einen stationären Post-COVID-Check (PCC). Die Arbeitsgruppe Neurotrauma der BG Kliniken initiierte gemeinsam mit der BGW ein multizentrisches Post-COVID-Register, in das die klinischen Daten aus der ambulanten Sprechstunde und dem stationären PCC systematisch einfließen. Eingeschlossen werden Patientinnen und Patienten mit einer anerkannten COVID-19-Erkrankung als Berufskrankheit (BK-Nr. 3101) oder Arbeitsunfall (Schwenkreis et al., 2024). Auf dieser Grundlage sollen Langzeitfolgen besser verstanden, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation optimiert sowie zielgerichtete Handlungsempfehlungen für Rehabilitationsverfahren und die Forschung abgeleitet werden.

Beschreibung der Studienpopulation

Die aktuelle Auswertung stützt sich auf qualitätsbereinigte Daten von 1.511 Patientinnen und Patienten (Tabelle 1). Die Demografie der Betroffenen spiegelt die Belastung der systemrelevanten Berufe wider: Die Mehrheit der Betroffenen war in Pflegeberufen (43 Prozent) oder im pädagogisch-sozialen Bereich (21 Prozent) tätig, während 22 Prozent in der Verwaltung beziehungsweise anderen Berufen arbeiteten. Entsprechend war die Arbeitsstätte bei 35 Prozent der Teilnehmenden ein Krankenhaus, bei 23 Prozent eine pädagogische Einrichtung, bei 18 Prozent eine Altenpflegeeinrichtung, bei vier Prozent eine Arztpraxis und bei den verbleibenden 20 Prozent eine sonstige Einrichtung. Drei Viertel der Betroffenen sind Frauen, das mittlere Alter liegt bei 54 Jahren. Die Zeitspanne zwischen Erstinfektion und klinischer Vorstellung lag im Mittel bei 16 Monaten. Etwa die Hälfte der Betroffenen (52 Prozent) war zum Zeitpunkt der Vorstellung arbeitsunfähig, davon waren 62 Prozent seit der Erstinfektion durchgehend krankgeschrieben. Der Großteil der im Register erfassten Erstinfektionen entfiel auf die Wildtyp-Variante (63 Prozent), gefolgt von Omikron (18 Prozent), Alpha (13 Prozent) und Delta (sechs Prozent). Im Gegensatz zu Frauen wurden Männer signifikant häufiger aufgrund von COVID-19 hospitalisiert (16 versus 31 Prozent) und auch intensivmedizinisch (3 versus 12 Prozent) behandelt. Bei 83 Prozent der Teilnehmenden war in der Anamnese mindestens eine Vorerkrankung dokumentiert. Rund 23 Prozent wiesen vier oder mehr Vorerkrankungen auf. Als häufigste Vorerkrankungen wurden kardiovaskuläre (Herz- und Kreislauf betreffende) Erkrankungen (39 Prozent), Allergien (38 Prozent), stoffwechselbetreffende/hormonelle (31 Prozent), respiratorische (die Atemwege betreffend; 25 Prozent) und psychische Erkrankungen (22 Prozent) angegeben. Männer wiesen signifikant häufiger kardiovaskuläre Erkrankungen auf, Frauen dagegen häufiger Erkrankungen der Psyche und des Nervensystems, Autoimmunerkrankungen und Allergien. Auf Basis der Impf- und Infektionsdaten ließ sich für einen Teil der Studienpopulation der Impfstatus vor der Erstinfektion bestimmen. Demnach war etwa die Hälfte der Studienpopulation ungeimpft (53 Prozent), zwölf Prozent hatten eine Impfung erhalten und bei 35 Prozent fehlten entsprechende Angaben.

Tabelle 1: Soziodemografische Angaben von Patientinnen und Patienten aus dem Post-COVID-Register mit einer anerkannten COVID-19-Erkrankung als Berufskrankheit oder Arbeitsunfall (n=1.511)

Variablen		Männlich (n=352)	Weiblich (n=1.159)	Gesamt N (%)
Medianes Alter (IQR)	(Jahre)	55 (47–60)	53 (44–59)	54 (44–59)
Mediane Zeit (IQR) (Infektion–Untersuchung)	(Monate)	16 (11–21,5)	16 (12–22)	16 (11–22)
BMI (fehlend: 42)	<25 (Unter-/Normalgewicht)	70 (20,6)	419 (37,1)	489 (33,3)
	25–30 (Übergewicht)	139 (40,6)	332 (29,4)	471 (32,1)
	≥30 (Adipositas)	131 (38,5)	378 (33,5)	509 (34,6)
Beruf (fehlend: 15)	Pflege	83 (24,1)	561 (48,7)	644 (43,0)
	Ärztlich/medizinisch	27 (7,9)	53 (4,6)	80 (5,4)
	Therapeutisch (z. B. Physiotherapie, Massage)	10 (2,9)	47 (4,1)	57 (3,8)
	Medizinische Assistenz- und verwandte Gesundheitsberufe	4 (1,2)	40 (3,5)	44 (2,9)
	Rettungs- und Notfallberufe	23 (6,7)	6 (0,5)	29 (1,9)
	Pädagogik/Sozialarbeit	35 (10,2)	285 (24,7)	320 (21,4)
	Verwaltung/sonstige Berufe	162 (47,1)	160 (13,9)	322 (21,5)
Arbeitsplatz (fehlend: 51)	Krankenhaus	89 (27,4)	416 (36,7)	505 (34,6)
	Arztpraxis	12 (3,7)	44 (3,9)	56 (3,8)
	Stationäre/ambulante Altenpflege	35 (10,7)	230 (20,2)	265 (18,2)
	Bildung/soziale Wohlfahrt	35 (10,8)	299 (26,3)	334 (22,9)
	Sonstige Einrichtungen	154 (47,4)	146 (12,9)	300 (20,5)
Vorerkrankungen (fehlend: 0)	Kardiovaskulär	166 (47,2)	432 (37,3)	598 (39,6)
	Pneumologisch	89 (25,3)	284 (24,5)	373 (24,7)
	Neurologisch	52 (14,8)	242 (20,9)	294 (19,5)
	Psychiatrisch	56 (15,9)	271 (23,4)	327 (21,6)
	Stoffwechsel/hormonell	98 (27,8)	376 (32,4)	474 (31,4)
	Allergien	104 (29,5)	478 (41,2)	582 (38,5)
	Autoimmun	10 (2,8)	69 (6,0)	79 (5,2)
	Onkologisch	22 (6,3)	53 (4,6)	75 (5,0)
	Muskuloskelettal	75 (21,3)	213 (18,4)	288 (19,1)
	Sonstige[1]	16 (4,5)	31 (2,7)	47 (3,1)
Anzahl der Vorerkrankungen (fehlend: 27)	0–1	136 (39,7)	415 (36,4)	551 (37,1)
	2–3	131 (38,2)	455 (39,9)	586 (39,5)
	4+	76 (22,2)	271 (23,8)	347 (23,4)
Arbeitsunfähigkeit (fehlend: 61)	(zum Zeitpunkt der Untersuchung)	166 (49,7)	585 (52,4)	751 (51,8)

Abkürzungen: BMI Body-Mass-Index; IQR Interquartilsabstand;

1 Sonstige Erkrankungen: gastro-, ophthalmo-, hämato-, dermatologische, urogenitale Erkrankungen oder Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich (HNO).

Variablen		Männlich (n=352)	Weiblich (n=1.159)	Gesamt N (%)
COVID-Impfung (fehlend: 638)	Geimpft	148 (84,1)	612 (87,8)	760 (87,1)
	Nicht geimpft	28 (15,9)	85 (12,2)	113 (12,9)
Variantenwelle Erstinfektion[2] (fehlend: 0)	Wildtyp (1. Januar 2020–28. Februar 2021)	205 (58,2)	748 (64,5)	953 (63,1)
	Alpha (1. März 2021–31. Juli 2021)	73 (20,7)	120 (10,4)	193 (12,8)
	Delta (1. August 2021–26. Dezember 2021)	21 (6,0)	73 (6,3)	94 (6,2)
	Omikron (ab 27. Dezember 2021)	53 (15,1)	218 (18,8)	271 (17,9)
Reinfektionen (fehlend: 0)	Mindestens eine Reinfektion	47 (13,4)	155 (13,4)	202 (13,4)
Krankenhausaufenthalt (fehlend: 6)	Stationär (inkl. Intensivstation)	111 (31,6)	185 (16,0)	296 (19,7)
	Intensivstation	42 (12,0)	35 (3,0)	77 (5,1)
Anzahl der Symptome bei Erstinfektion[3] (fehlend: 18)	0–4	73 (21,0)	229 (20,0)	302 (20,2)
	5–9	220 (63,2)	693 (60,5)	913 (61,2)
	10+	55 (15,8)	223 (19,5)	278 (18,6)

2 Basierend auf dem Datum der Erstinfektion.
3 n=18 Personen waren asymptomatisch.

Persistierende Symptome und Symptomcluster

Am häufigsten wurden eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit (96 Prozent), Konzentrationsprobleme (79 Prozent), Atemnot (71 Prozent), ausgeprägte Erschöpfung (69 Prozent) sowie Gedächtnisprobleme (68 Prozent) als persistierende Symptome (anhaltende Beschwerden) berichtet. Darüber hinaus litten mehr als die Hälfte der Betroffenen an kognitiver Erschöpfung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Muskelschmerzen. Psychische Beschwerden wie Angst oder depressive Symptome traten bei etwa jeder vierten Person auf. Frauen berichteten insgesamt über mehr und vielfältigere Beschwerden als Männer, darunter Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Muskelschmerzen, Herzklopfen, Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns sowie Haarausfall und Hautprobleme, was in **Abbildung 1** abzulesen ist. Insgesamt zeigt sich damit ein breites und häufig kombiniertes Spektrum körperlicher und kognitiver Beschwerden.

Je schwerer die akute Erkrankung verlief und je mehr Symptome dabei auftraten, desto wahrscheinlicher litten die Betroffenen unter lang anhaltenden Beschwerden. Bei mehr als zehn Symptomen in der Akutphase war die Wahrscheinlichkeit für dauerhafte Beeinträchtigungen zwei- bis fast fünfmal höher als bei einem leichten Verlauf mit weniger als fünf Symptomen. Besonders ausgeprägt war dieser Zusammenhang bei Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit, Kurzatmigkeit, Müdigkeit und kognitiven Einschränkungen. Weitere Einflussfaktoren zeigten differenzierte Zusammenhänge mit einzelnen Beschwerden. Ein Krankenhausaufenthalt während der Akutphase war mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für anhaltende Kurzatmigkeit verbunden. Mehrfachinfektionen standen im Zusammenhang mit Müdigkeit und kognitiven Einschränkungen. Zudem traten Konzentrationsprobleme häufiger nach Infektionen mit früheren Virusvarianten auf als nach einer Infektion mit der Omikron-Variante. Auch Vorerkrankungen spielten eine wichtige Rolle. Lungenerkrankungen waren insbesondere mit anhaltender

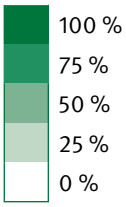


Abbildung 1: Geschlechtsspezifische Anteile der Teilnehmenden, die bei der klinischen Untersuchung anhaltende Symptome berichteten. Die Prozentwerte geben an, wie häufig die einzelnen Symptome genannt wurden (Mehrfachnennungen möglich). Die Symptome sind nach abnehmender Häufigkeit bei Frauen geordnet.

Kurzatmigkeit assoziiert, psychische Erkrankungen mit Konzentrationsproblemen und Müdigkeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit Muskelschmerzen. Darüber hinaus zeigte sich, dass Betroffene mit mehreren Vorerkrankungen häufiger unter anhaltenden Konzentrationsproblemen litten. Zudem stand Übergewicht im Zusammenhang mit Kurzatmigkeit und Gedächtnisproblemen (Kozak et al., 2026).

Darüber hinaus wurde mittels Clusteranalyse untersucht, ob sich Symptomgruppen identifizieren lassen, die häufig gemeinsam auftreten, um Betroffene mit ähnlichen Beschwerdemustern, aber unterschiedlichen Risikofaktoren und Versorgungsbedarfen zu erkennen. Mithilfe der Latent-Class-Analyse konnten vier unterschiedliche Gruppen mit typischen Symptommustern identifiziert werden. Die Angaben beschreiben Wahrscheinlichkeiten auf Gruppenebene und nicht für einzelne Personen. Sie zeigen, welche Beschwerden in einer Gruppe besonders häufig vorkommen, einzelne Personen können davon abweichen. Es zeigten sich dabei weniger klar getrennte Symptomtypen als vielmehr Abstufungen in der Symptombelastung (**Abbildung 2**):

Wahrscheinlichkeit



	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Konzentrationsprobleme	98 %	92 %	29 %	99 %
Müdigkeit	67 %	84 %	39 %	99 %
Kurzatmigkeit	56 %	82 %	52 %	92 %
Gedächtnisstörungen	83 %	81 %	15 %	99 %
Kognitive Fatigue	67 %	71 %	32 %	97 %
Schlafstörungen	38 %	70 %	32 %	84 %
Kopfschmerzen	30 %	66 %	31%	93 %
Muskelschmerzen	29 %	64 %	32 %	90 %
Sprach-/Sprechstörungen	36 %	54 %	19 %	91 %
Palpitationen	14 %	45 %	23 %	76 %
Schwindel	10 %	46 %	16 %	79 %
Muskelschwäche	13 %	39 %	13 %	81 %
Geruchs-/Geschmackstörungen	26 %	39 %	18 %	57 %
Angst	12 %	40 %	14 %	57 %
Sensibilitätsstörungen	10 %	32 %	18 %	58 %
Gelenkschmerzen	21 %	29 %	21 %	40 %
Depressivität/ depressivive Verstimmung	15 %	37 %	10 %	46 %
Husten	11 %	23 %	12 %	53 %
Sehstörungen	7 %	16 %	5 %	55 %
Wahrnehmungsstörung (Brain Fog)	3 %	13 %	1 %	60 %
Hörminderung	9 %	16 %	7 %	43 %
Schweißsekretionsstörungen	4 %	17 %	6 %	48 %
Verdauungsprobleme	3 %	15 %	3 %	52 %
Haarausfall	7 %	16 %	4 %	46 %
Brustenge/-druck	9 %	20 %	12 %	30 %
Übelkeit/Erbrechen/Appetitlosigkeit	2 %	12 %	5 %	42 %

Abbildung 2: Häufigkeit typischer Beschwerden in den verschiedenen Gruppen. Die Angaben beschreiben Wahrscheinlichkeiten, das heißt, dass nicht jede einzelne Person in einer Gruppe genau diese Symptome hat.

- Gruppe 1 zeigt im Vergleich zu Gruppe 3 eine deutlich höhere Belastung. Besonders häufig sind hier Symptome wie Konzentrationsprobleme, Gedächtnisprobleme und Müdigkeit, die bei einem großen Teil der Personen auftreten (oft über 70 Prozent). Auch Atembeschwerden und Schlafprobleme sind hier häufiger. Gleichzeitig gibt es Symptome, die in dieser Gruppe eher selten bleiben. Das Muster ist also durch viele, aber nicht durchgängig alle Symptome geprägt.

- Gruppe 2 liegt zwischen den anderen Gruppen und zeigt ein gemischtes Bild. Viele Symptome treten hier mit mittlerer Häufigkeit auf, oft im Bereich von etwa 30 bis 60 Prozent. Auffällig ist, dass einige Symptome wie Müdigkeit oder Atemprobleme relativ häufig sind, während andere seltener bleiben. Diese Gruppe lässt sich daher am besten als moderat belastet beschreiben.
- Gruppe 3 zeichnet sich dadurch aus, dass die meisten Symptome selten auftreten. Viele Beschwerden liegen hier oft nur im Bereich von etwa zehn bis 30 Prozent. Auch typische Post-COVID-Symptome wie Müdigkeit, Konzentrations- oder Atemprobleme kommen deutlich seltener vor als in den anderen Gruppen. Diese Gruppe steht damit für eine insgesamt niedrige Symptombelastung.
- Gruppe 4 zeigt die höchste Symptombelastung. In dieser Gruppe treten sehr viele Symptome gleichzeitig häufig auf, oft mit Wahrscheinlichkeiten von über 80 Prozent. Dazu gehören insbesondere Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme sowie Atembeschwerden, aber auch viele andere Symptome sind hier deutlich häufiger als in den anderen Gruppen.

Um besser zu verstehen, wodurch diese Unterschiede entstehen, wurde untersucht, welche Faktoren mit der Gruppenzugehörigkeit zusammenhängen. Dabei zeigte sich, dass die Belastung während der akuten COVID-19-Infektion eine wichtige Rolle spielt. Personen, die zum Zeitpunkt der akuten Erkrankung mehr Symptome hatten, gehörten häufiger zu den Gruppen mit höherer Symptombelastung. Auch Personen mit mehr Vorerkrankungen waren häufiger in diesen Gruppen vertreten. Das deutet darauf hin, dass die Situation zu Beginn der Erkrankung den weiteren Verlauf beeinflussen kann.

Auch das Geschlecht spielte eine Rolle, allerdings nur in der am stärksten betroffenen Gruppe: Frauen waren hier häufiger vertreten. In den anderen Gruppen unterschieden sich die Anteile von Frauen und Männern nicht wesentlich.

Neben diesen individuellen Faktoren spielte auch das Untersuchungszentrum eine Rolle. Die Gruppen waren je nach Standort unterschiedlich verteilt: An manchen Zentren gab es zum Beispiel deutlich mehr Personen mit hoher Symptombelastung als an anderen.

Gruppe 1 zeigt im Vergleich zu Gruppe 3 insgesamt deutlich mehr Beschwerden. Typische Symptome wie Müdigkeit, Konzentrationsprobleme oder Atembeschwerden treten hier viel häufiger auf. Auffällig ist in diesem Zusammenhang ein Unterschied zwischen den Infektionswellen: Personen, die sich in früheren Phasen der Pandemie infiziert hatten, gehörten häufiger zu dieser stärker betroffenen Gruppe als Personen mit Infektionen zum Zeitpunkt der Omikron-Welle. Dieser Zusammenhang zeigte sich jedoch nicht in allen Gruppen gleichermaßen. Dies spricht dafür, dass der Infektionszeitpunkt eine Rolle spielen kann, aber kein durchgehender oder einheitlicher Einfluss über alle Gruppen besteht.

Insgesamt zeigen die Untersuchungsergebnisse, dass das Post-COVID-Syndrom kein einheitliches Krankheitsbild ist. Es lassen sich verschiedene Gruppen bilden, die sich vor allem in ihrer Symptombelastung unterscheiden. Diese Unterschiede stehen überwiegend im Zusammenhang mit der anfänglichen Krankheitsbelastung und Vorerkrankungen, doch auch Geschlecht und das Untersuchungszentrum können eine Rolle spielen.

Persistierende Fatigue nach einer COVID-19-Infektion

Fatigue zählt zu den häufigsten Langzeitfolgen nach einer COVID-19-Infektion. Darunter versteht man einen Zustand anhaltender Müdigkeit und Erschöpfung, der sich auch durch Ruhe nicht ausreichend bessert. Dabei werden zwei Dimensionen unterschieden: kognitive (geistige) Fatigue, die sich etwa in Konzentrations- und Gedächtnisproblemen äußert, sowie körperliche Fatigue, die mit rascher Erschöpfung und verminderter Belastbarkeit einhergeht.

Bei der ärztlichen Untersuchung wird Fatigue im Anamnesegespräch erfasst. Zusätzlich füllte ein Teil der Patientinnen und Patienten während des stationären Aufenthalts oder in der ambulanten Sprechstunde standardisierte Fragebögen zur Messung der Fatigue-Symptomatik aus. Für 628 Personen (42 Prozent) lagen vollständige Angaben zu kognitiver und körperlicher Fatigue vor. **Abbildung 3** zeigt die Verteilung der beiden Dimensionen von Fatigue je eingesetzten Fragebogen.[1] Je nach Fragebogen zeigten 78 bis 93 Prozent der Teilnehmenden Hinweise auf klinisch relevante kognitive Fatigue. Bei der körperlichen Fatigue lagen die Anteile mit 87 bis 98 Prozent etwas höher.

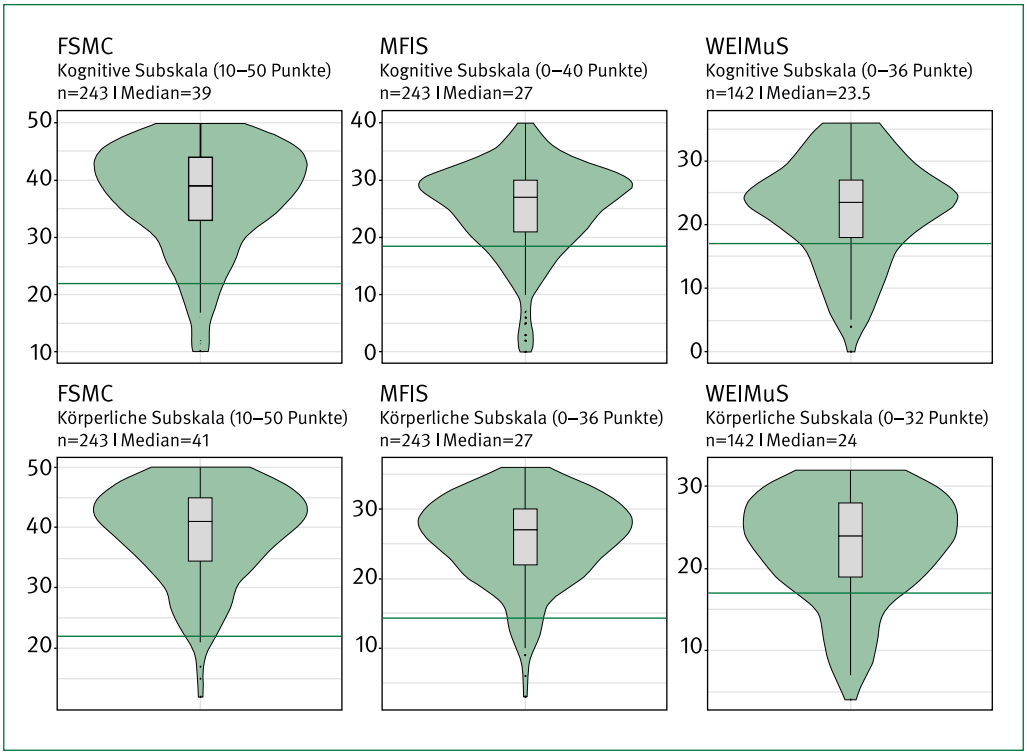


Abbildung 3: Verteilung kognitiver und körperlicher Fatigue für die drei Fragebögen FSMC, MFIS und WEIMuS. Die grüne Linie kennzeichnet jeweils den Schwellenwert für eine klinisch relevante Fatigue. Schwellenwerte für klinische Relevanz bei kognitiver Fatigue: FSMC: 22 Punkte, MFIS: 18,5 Punkte, WEIMuS: 17 Punkte; bei körperlicher Fatigue: FSMC: 22 Punkte, MFIS: 14,5 Punkte, WEIMuS: 16 Punkte.

1 Fatigue-Skala für Motorik und Kognition (FSMC), Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) und Weimarer Erschöpfungsinventar bei Multipler Sklerose (WEIMuS).

Auch nach Berücksichtigung möglicher Einflussfaktoren zeigte sich, dass ältere und bereits bei der Erstuntersuchung arbeitsunfähige Personen stärkere kognitive und körperliche Fatigue berichteten. Eine stärkere kognitive Fatigue war zudem mit anhaltenden Beschwerden und einem längeren Zeitraum zwischen der Erstinfektion und der Vorstellung im PCC assoziiert, während sich für die Akutphase ein gegenläufiger Zusammenhang zeigte: Je mehr Symptome zu Beginn auftraten, desto weniger stark war eine spätere kognitive Fatigue ausgeprägt. Die körperliche Fatigue hingegen war eng mit der beruflichen Tätigkeit verknüpft. Personen in pädagogischen oder betreuenden Berufen wiesen im Vergleich zu Beschäftigten aus Verwaltung oder anderen Berufsgruppen eine etwa doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für eine stark ausgeprägte körperliche Fatigue auf. Häufigkeit und Ausprägung beider Fatigue-Dimensionen blieben auch langfristig nach der Erstinfektion bestehen. Das Geschlecht hatte keinen Einfluss auf die Schwere der Fatigue. Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die hohe Relevanz von Fatigue nach COVID-19 sowie die Bedeutung soziodemografischer und klinischer Einflussfaktoren. Die getrennte Betrachtung kognitiver und körperlicher Fatigue liefert dabei wichtige Hinweise auf unterschiedliche Einflussfaktoren für Diagnostik und Versorgung (Kobes et al., 2026).

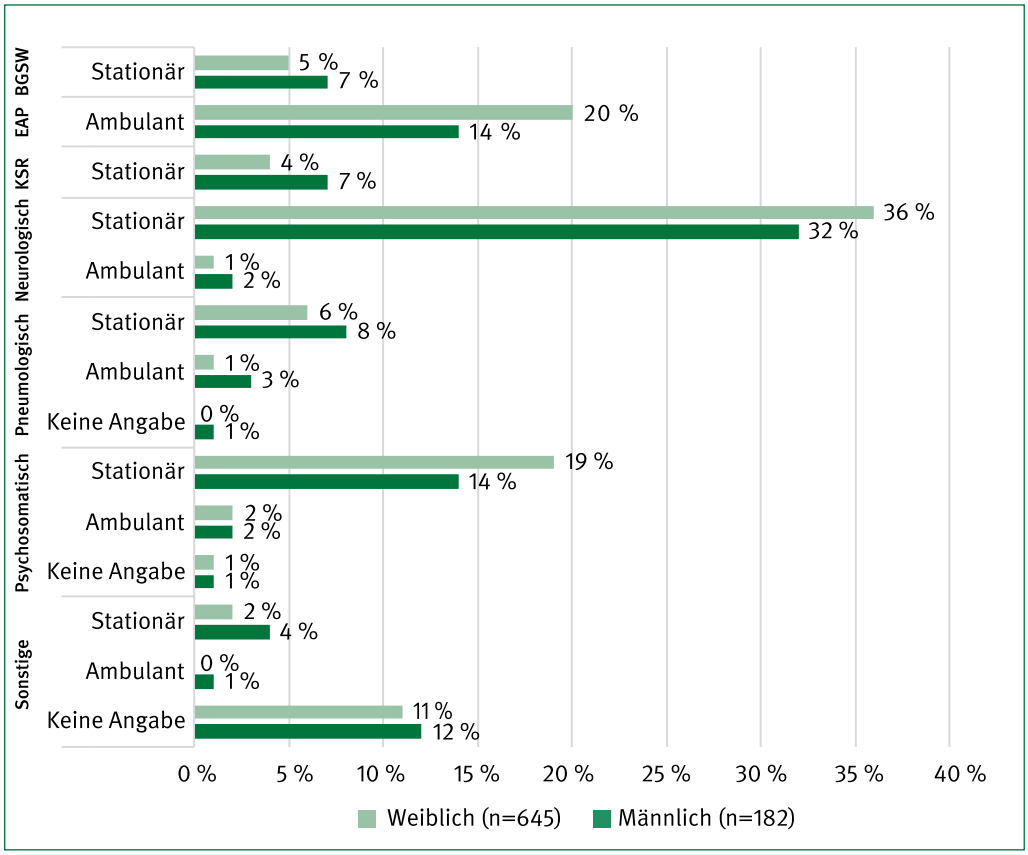


Abbildung 4: Rehabilitationsempfehlungen nach Fachrichtung und Umfang, unterschieden nach Geschlecht. Abkürzungen: BGSW = berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung; EAP = erweiterte ambulante Physiotherapie; KSR = komplexe stationäre Rehabilitation.

Inanspruchnahme und Empfehlungen von Rehabilitationsmaßnahmen

Im Anschluss an den PCC oder die ambulante Sprechstunde wurde 827 (55 Prozent) Patientinnen und Patienten eine weiterführende Rehabilitationsmaßnahme empfohlen. Etwa 64 Prozent der Empfehlungen bezogen sich auf stationäre Maßnahmen, 17 Prozent auf ambulante Rehabilitationsformen und weitere sechs Prozent auf Kombinationen. Bei 13 Prozent der Teilnehmenden fehlte die Angabe zum empfohlenen Behandlungsumfang. Die häufigsten Empfehlungen waren stationäre neurologische Rehabilitation (35 Prozent), erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP; 19 Prozent), stationäre psychosomatische Rehabilitation (18 Prozent), Maßnahmen ohne Angabe über Fachrichtung oder Umfang (elf Prozent) sowie komplexe stationäre Rehabilitation (KSR; neun Prozent).

Abbildung 4 zeigt die prozentuale Verteilung der Rehabilitationsempfehlungen nach Fachrichtung und Umfang, getrennt nach Geschlecht. Dabei zeigten sich höhere Anteile bei Frauen bei den drei häufigsten Rehabilitationsempfehlungen sowie bei der Empfehlung für eine psychosomatische Fachabteilung als bei Männern. Männer erhielten hingegen häufiger Empfehlungen für stationäre und ambulante pneumologische Maßnahmen sowie für die BG-spezifischen Rehabilitationsformen: berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW) und KSR. Ambulante Maßnahmen wurden insgesamt seltener empfohlen und ein relevanter Anteil der Empfehlungen bei beiden Geschlechtern entfiel auf Maßnahmen, zu denen keine Angabe über Umfang oder Fachrichtung vorlag.

Außerdem wurde bei 869 (58 Prozent) Patientinnen und Patienten nach dem PCC ein ambulanter rehabilitativer Einzeltherapiebedarf festgestellt. Insgesamt wurden am häufigsten Psychotherapie (59 Prozent), Physiotherapie (38,6 Prozent) sowie Ergo- (20 Prozent) und medizinische Trainingstherapie (MTT; 19 Prozent) empfohlen. Zudem entfiel ein Anteil der Empfehlungen auf neuropsychologische Therapie (14 Prozent), Logopädie (neun Prozent) und Rehasport (sieben Prozent). Frauen erhielten häufiger

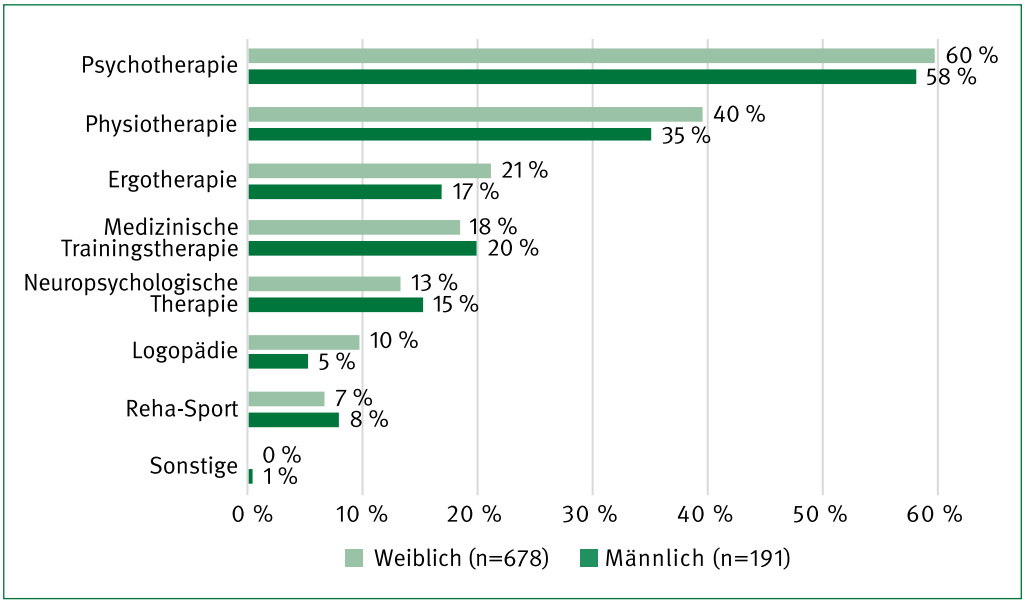


Abbildung 5: Einzeltherapieempfehlungen, unterschieden nach Geschlecht

Empfehlungen zur Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Männer hingegen erhielten häufiger Empfehlungen für eine MTT oder eine neuropsychologische Therapie. Die Empfehlungen für Reha-Sport wurden Frauen und Männern ähnlich oft ausgesprochen (vgl. **Abbildung 5**).

Diskussion

Patientinnen und Patienten, die sich für einen PCC oder in einer ambulanten Sprechstunde vorstellen, berichten häufig eine Vielzahl persistierender oder neu aufgetretener Symptome. Nahezu alle Betroffenen berichten von einer deutlich eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit, begleitet von weiteren somatischen und kognitiven Beschwerden, insbesondere Konzentrationsproblemen, Atemnot, anhaltender Erschöpfung, Gedächtnisproblemen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Muskelschmerzen (Myalgien). Diese Symptomvielfalt entspricht den in der aktuellen Forschung beschriebenen Manifestationen von Post-COVID (Barnekow et al., 2024; Fernandez-de-Las-Peñas et al., 2024; Grafström et al., 2025). Da die individuelle Belastung durch einzelne Symptome im Rahmen der Anamnese nicht systematisch erfasst wurde, sind Aussagen zur Symptomschwere nur bedingt aussagekräftig. Allerdings war ein relevanter Teil der Patientinnen und Patienten zum Untersuchungszeitpunkt weiterhin arbeitsunfähig oder berichtete von anhaltenden funktionellen Einschränkungen im Alltag beziehungsweise im beruflichen Kontext.

Die Ergebnisse der Latent-Class-Analyse sprechen weniger für klar abgrenzbare Post-COVID-Subtypen als für ein Kontinuum zunehmender Symptomkomplexität (Anzahl und Vielfalt der Beschwerden). Insbesondere das akute Ausmaß der Beschwerden und die Anzahl der Vorerkrankungen standen im Zusammenhang mit stärker belasteten Gruppen. Dies deutet auf eine mögliche Kontinuität zwischen initialer Krankheitslast, individueller Vulnerabilität (Anfälligkeit) und längerfristiger Symptomkomplexität hin. Gleichzeitig zeigen die Unterschiede zwischen den Zentren, dass die Ergebnisse auch durch Zuweisungswege, diagnostische Routinen oder regionale Versorgungsstrukturen beeinflusst sein können. Sie müssen daher vorsichtig interpretiert werden.

Unsere Ergebnisse bestätigen Fatigue als zentrales Symptom des Post-COVID-Syndroms und stehen damit im Einklang mit der bestehenden Literatur. In der vorliegenden Teilnehmendengruppe wurden klinisch relevante kognitive und körperliche Fatigue jedoch häufiger angegeben als in den meisten bisherigen Studien. Meta-Analysen und Langzeitdaten belegen, dass Fatigue über viele Monate persistieren kann, allerdings werden Verlaufsvergleiche durch unterschiedliche Follow-up-Zeiträume und Erhebungszeitpunkte erschwert. In der Literatur werden Fatigue-Häufigkeiten von etwa 32 bis 60 Prozent mehr als zwölf Wochen nach Infektion berichtet, kognitive Beeinträchtigungen betreffen bis zu einem Viertel der Betroffenen (Ceban et al., 2022; Elboraay et al., 2025; Hu et al., 2025). Die erhöhten Häufigkeiten in der vorliegenden Studie erklären sich zumindest teilweise durch die klinisch selektierte Population und das stationäre Setting, in dem Fatigue-Fragebögen regelmäßig im Rahmen strukturierter Diagnostik eingesetzt wurden. Vergleichbar hohe Werte wurden auch bei Beschäftigten im Gesundheitswesen berichtet, die sich ambulant in einer BG Klinik vorstellten. Dalichau et al. (2024) identifizierten Fatigue bei 98,2 Prozent der Teilnehmenden als Leitsymptom bei einer mittleren Symptomdauer von 14 bis 15 Monaten. Die Befunde verdeutlichen, dass Fatigue nicht allein nach schweren Akutverläufen persistiert, sondern auch nach milderen Verläufen zu anhaltenden Einschränkungen im beruflichen und alltäglichen Leben führen kann. Schließlich

erfassen die verwendeten validierten Instrumente zwar sowohl kognitive als auch körperliche Fatigue, beruhen jedoch auf Selbstauskünften und bilden damit die subjektive Wahrnehmung der Symptomatik ab.

Aufgrund ihrer Symptomkomplexität durchliefen die Patientinnen und Patienten umfassende neurologische, neuropsychologische, psychologische, physiotherapeutische, ergotherapeutische, pneumologische und kardiologische Untersuchungen. Die Überweisung zum PCC wurde durch die gesetzliche Unfallversicherung veranlasst, um den Bedarf an weiterer Rehabilitation oder an einem strukturierten Return-to-Work-Prozess zu prüfen. Die deskriptiven Ergebnisse weisen auf einen erheblichen rehabilitativen Versorgungsbedarf in dieser klinisch selektierten Betroffenengruppe hin. Auffällig ist insbesondere, dass stationäre Rehabilitationsmaßnahmen häufiger empfohlen wurden als ambulante Angebote. Dies spricht dafür, dass bei vielen Betroffenen komplexe, funktionell relevante Einschränkungen vorlagen, die eine intensivere und multidisziplinäre Versorgung erforderlich machten. Es dominierten neurologische und psychosomatische Rehabilitationsbedarfe, was häufig berichteten Kombinationen aus kognitiven, körperlichen und psychischen Beschwerden bei Post-COVID entspricht (Trefzer et al., 2023). Zusätzlich bestand bei mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten ein Bedarf an rehabilitativen Einzeltherapien, vor allem an Psycho- und Physiotherapie. Studien weisen darauf hin, dass das PCS mit einer erhöhten Prävalenz psychischer Beschwerden sowie einem gesteigerten Risiko für psychische Belastungen einhergeht. Das könnte den höheren Therapiebedarf erklären (Roessler et al., 2022; van der Feltz-Cornelis et al., 2024). Dies unterstreicht, dass neben strukturierten Rehabilitationsprogrammen auch symptomorientierte, individuell zugeschnittene therapeutische Maßnahmen eine zentrale Rolle in der weiteren Versorgung spielen.

Die untersuchte Personengruppe ist nicht repräsentativ, sie ist auf Personen beschränkt, die wegen anhaltender COVID-19 zugeschriebener Beschwerden zur spezialisierten Post-COVID-Abklärung im Netzwerk der BG Kliniken überwiesen wurden. Damit handelt es sich um eine klinisch ausgewählte Gruppe mit hoher Symptombelastung.

Die berichteten Beschwerdehäufigkeiten, zum Beispiel eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit mit 95,6 Prozent, überschätzen daher wahrscheinlich die Häufigkeit in der allgemeinen Post-COVID-Population. Die Ergebnisse sind nicht als bevölkerungsbezogene Schätzungen zu verstehen und nur eingeschränkt auf alle Erwerbstätigen mit Post-COVID übertragbar.

Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Auswertung lag der Fokus zunächst auf dem subjektiven Beschwerdebild zum Zeitpunkt der ambulanten oder stationären Diagnostik im Rahmen des Post-COVID-Diagnoseprogramms der BG Kliniken. Daneben erfolgte eine vertiefte Betrachtung der kognitiven und körperlichen Fatigue sowie der dokumentierten Rehabilitationsmaßnahmen und Einzeltherapieempfehlungen. Die Ergebnisse legen nahe, dass Betroffene mit einem schweren Akutverlauf oder bestehenden Vorerkrankungen frühzeitig und gezielt unterstützt werden sollten, um einer Chronifizierung (Verstetigung) der Beschwerden entgegenzuwirken. Darüber hinaus gibt die Registerstudie Hinweise darauf, dass psychische Faktoren, wie bestehende Depression oder Angststörungen, die Wahrnehmung körperlicher Beschwerden verstärken können. Künftige Behandlungsansätze sollten

daher körperliche und psychische Gesundheit gleichermaßen berücksichtigen.

Weitere Verlaufsbeobachtungen über längere Zeiträume sind notwendig, um besser zu verstehen, wie sich die Beschwerden entwickeln und welche Behandlungen langfristig helfen. Die Forschungsgruppe plant daher weitere Analysen. Dabei soll unter anderem untersucht werden, ob subjektiv erlebte kognitive Einschränkungen auch durch objektive Verfahren, etwa durch neuropsychologische Tests oder MRT-Untersuchungen, abgebildet werden können. Dieser Aspekt ist auch für die berufsgenossenschaftliche Praxis von besonderer Bedeutung, da die Objektivierbarkeit von Beschwerden eine zentrale Voraussetzung für die Anerkennung von Gesundheitsstörungen nach einer COVID-19-Infektion darstellt. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die Rehabilitation betroffener versicherter Personen gezielter und wirksamer zu gestalten.

Autorinnen und Autoren

Peter Schwenkreis, Corinna Rademacher, Lynn Engel, Jakob Wefers, Martin Tegenthoff [1]
Agnessa Kozak, Jana Wischnat, Lou-Marie Gershoff, Albert Nienhaus [2]
Kerrin Kobes, Olaf Kleinmüller [3]
Andreas Gonschorek [4]
Ingo Schmehl [5]
Susann Seddigh [6]
Andrea Fürst [7]
Kai Wohlfarth [8]

1 Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil, Neurologische Klinik & Poliklinik, Bochum.

2 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg.

3 Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg.

4 BG Klinikum Hamburg, Neurologische Klinik, Hamburg.

5 BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin, Neurologische Klinik, Berlin.

6 BG Klinikum Duisburg, Neurologische Klinik, Duisburg.

7 BG Klinikum Murnau, Neurologische Klinik, Murnau.

8 BG Klinikum Bergmannstrost Halle, Neurologische Klinik, Halle.

Originalliteratur

Conception and development of a neurological registry of patients with persistent health impairments following work-related COVID-19 disease in Germany



Persistent Symptoms After SARS-CoV-2 Infection in a Referred Occupational Clinical Registry: Symptom Patterns and Associated Factors



Fatigue after COVID-19 in occupationally exposed workers: prevalence, severity and associated risk factors in a cross-sectional analysis of a multicentre registry study



6 Anhang

6.1 Abbildungen

Abbildung 1: Anzeigen auf Verdacht auf eine Berufskrankheit 2025 im Vergleich zu 2024 (meldepflichtige Fälle) 9

Abbildung 2: Entwicklung des BK-Geschehens in den Jahren 2016 bis 2025, getrennt für Fälle mit und ohne COVID-19 14

Abbildung 3: Verteilung der Kosten im Jahr 2025 und in den Jahren 2016 bis 2025 nach Art der Leistung 16

Abbildung 4: Verteilung der Kosten (in Mio. Euro) für die häufigsten anerkannten Berufskrankheiten im Jahr 2025 18

Abbildung 5: Anerkennungsquoten im Jahr 2025 der vier am häufigsten bei der BGW angezeigten Berufskrankheiten, getrennt nach Geschlecht 21

Abbildung 6: Entwicklung der Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) in den Jahren 2016 bis 2025 23

Abbildung 7: Individualprävention bei Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) in den Jahren 2016 bis 2025 27

Abbildung 8: Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) in den Jahren 2016 bis 2025 . . . 28

Abbildung 9: Individualprävention bei bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) in den Jahren 2014 bis 2023 31

Abbildung 10: Entwicklung der Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301/4302) in den Jahren 2016 bis 2025 33

Abbildung 11: Individualprävention bei Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301/4302) in den Jahren 2016 bis 2025 35

Abbildung 12: Entwicklung der Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) in den Jahren 2016 bis 2025 36

6.2 Tabellen

Tabelle 1: BK-Geschehen der Jahre 2016 bis 2025, getrennt für Fälle mit und ohne COVID-19 13

Tabelle 2: Leistungsfälle und ihre Kosten nach Art der Leistung in den Jahren 2016 bis 2025 15

Tabelle 3: Die zehn häufigsten Berufskrankheiten im Berichtsjahr 2025 (absolut und prozentual bezogen auf die Zahl der anerkannten Fälle) 17

Tabelle 4: Die zehn häufigsten anerkannten Berufskrankheiten im Jahr 2025 nach Geschlecht 19

Tabelle 5: Verdachtsanzeigen und mittleres Meldealter bezogen auf die vier häufigsten Berufskrankheiten, die der BGW im Jahr 2025 gemeldet wurden, getrennt nach Geschlecht 20

Tabelle 6: Entschiedene Fälle und Anerkennungsquoten im Jahr 2025 der vier am häufigsten bei der BGW angezeigten Berufskrankheiten, getrennt nach Geschlecht 21

Tabelle 7: BK-Geschehen bei Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) in den Jahren 2016 bis 2025 23

Tabelle 8: Leistungsfälle und Kosten für Versicherte mit Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) nach Art der Leistung in den Jahren 2016 bis 2025 24

Tabelle 9: Individualprävention bei Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) in den Jahren 2016 bis 2025 26

Tabelle 10: BK-Geschehen bei bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) in den Jahren 2016 bis 2025 28

Tabelle 11: Leistungsfälle und Kosten für Versicherte mit bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) nach Art der Leistung in den Jahren 2016 bis 2025 29

Tabelle 12: Individualprävention bei bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) in den Jahren 2016 bis 2025. 30

Tabelle 13: BK-Geschehen bei Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301 und 4302) in den Jahren 2016 bis 2025. 32

Tabelle 14: Leistungsfälle und Kosten für Versicherte mit Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301/4302) nach Art der Leistung in den Jahren 2016 bis 2025 ..... **33**

Tabelle 15: Individualprävention bei Atemwegserkrankungen (BK-Nr. 4301/4302) in den Jahren 2016 bis 2025 ..... **34**

Tabelle 16: BK-Geschehen bei Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) in den Jahren 2015 bis 2025 ..... **36**

Tabelle 17: Anerkannte Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) nach Übertragungsweg und Berichtsjahr in den Jahren 2016 bis 2025 ..... **37**

Tabelle 18: Leistungsfälle und Kosten für Versicherte mit Infektionskrankheiten (BK-Nr. 3101) nach Art der Leistung in den Jahren 2016 bis 2025 ... **38**

Tabelle 19: Leistungsfälle und Kosten für Versicherte mit COVID-19 als BK-Nr. 3101 nach Art der Leistung in den Jahren 2020 bis 2025 ..... **40**

Tabelle 20: Kosten für die medizinische Rehabilitation im Zusammenhang mit COVID-19 als Berufskrankheit in den Jahren 2020 bis 2025 .... **41**

Tabelle 21: BK-Geschehen bei COVID-19-Erkrankungen nach Alter der Versicherten bei Meldung in den Jahren 2020 bis 2025 ..... **42**

Tabelle 22: BK-Geschehen bei COVID-19-Erkrankungen mit Anteil Frauen, gruppiert nach Branche. Kumulierte Darstellung der Berichtsjahre 2020 bis 2025 ..... **43**

Tabelle 23: BK-Geschehen bei COVID-19-Erkrankungen mit Anteil Frauen, gruppiert nach Berufsgruppen – Kumulierte Darstellung der Berichtsjahre 2020 bis 2025 ..... **44**

6.3 Abkürzungen

BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BK	Berufskrankheit
BK-DOK	Berufskrankheiten-Dokumentation
BK-Nr.	Berufskrankheit-Nummer
BKV	Berufskrankheiten-Verordnung
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
SGB	Sozialgesetzbuch
PCC	Post-COVID-Check
PCS	Post-COVID-Syndrom
UV-Träger	Unfallversicherungsträger

6.4 Glossar

Aggregierte Daten	Aggregierte Daten sind Einzeldaten, die im Gegensatz zu pseudonymisierten Daten nicht mehr auf einzelne Personen zurückführbar sind. Dies erfolgt durch das Zusammenführen der Daten von mindestens drei Personen, sodass lediglich der Gruppenwert erkennbar bleibt.
Anerkennung Berufskrankheit	Voraussetzung für die Anerkennung einer Berufskrankheit ist, dass die Erkrankung rechtlich wesentlich durch Einwirkungen verursacht worden ist, die mit der versicherten Tätigkeit einer Person zusammenhängen. Dazu müssen die versicherte Tätigkeit, schädigende Einwirkungen sowie die Erkrankung, für die die Entschädigungsleistungen beansprucht werden, nachgewiesen sein.
Arbeitsunfall	Ein Arbeitsunfall ist ein Unfall, den eine versicherte Person bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit innerhalb oder außerhalb der Arbeitsstätte erleidet. Zu den Arbeitsunfällen zählen auch Unfälle, die sich auf dem Weg zwischen Wohnung und dem Ort der versicherten Tätigkeit ereignen (Wegeunfälle).
Berufskrankheit	Das Gesetz definiert Berufskrankheiten als Erkrankungen, die versicherte Personen erleiden und „die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind“ (§ 9 Absatz 1 SGB VII). Diese Berufskrankheiten werden in der Berufskrankheiten-Liste aufgeführt.
Berufskrankheiten-Rente	Wird das Vorliegen einer Berufskrankheit anerkannt und besteht wegen der Minderung der Erwerbsfähigkeit ein Rentenanspruch oder ist die erkrankte Person an den Folgen der Berufskrankheit verstorben, wird eine neue Berufskrankheiten-Rente festgestellt.
Berufskrankheiten-Verdachtsanzeige	Eine Anzeige ist zu erstatten, wenn der begründete Verdacht besteht, dass eine Berufskrankheit im Sinne der Berufskrankheiten-Liste (Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung) vorliegt. Eine Meldepflicht besteht für Ärzte und Ärztinnen sowie Unternehmer und Unternehmerinnen; darüber hinaus gehen Meldungen von anderen Sozialversicherungsträgern und von den Versicherten selbst bei den Trägern der Unfallversicherung ein.
Einwirkungsermittlung	Die „Einwirkung“ auf den Körper einer versicherten Person ist ein zentrales Tatbestandsmerkmal, dessen Vorliegen im Einzelfall von den Unfallversicherungsträgern bei der Feststellung, ob eine Berufskrankheit vorliegt, zu überprüfen ist. In diesem Zusammenhang ist es auch erforderlich zu ermitteln, ob konkurrierende Einwirkungen aus dem unversicherten Bereich zur Entstehung der Erkrankung beigetragen haben können.
Entschädigungsleistungen	Bei den Entschädigungsleistungen handelt es sich um Heilbehandlungen inklusive Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation), am Leben in der Gemeinschaft sowie Pflege, Geldleistungen wie Renten, Beihilfen und andere Abfindungen. Ebenso zählen neben der ambulanten und stationären Heilbehandlung auch das Verletztengeld sowie die entsprechenden Sozialversicherungsbeiträge dazu.
Fallkosten	Kostenaufstellung des Versicherungsfalls.
Individualprävention	Individualpräventive Maßnahmen im Sinne des gesetzlichen Auftrags der Unfallversicherung sind jene Präventionsmaßnahmen, die bezwecken, der Gefahr der Entstehung, dem Wiederaufleben oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit entgegenzuwirken.
Konservierter Datensatz	Die Daten eines Berichtsjahres werden mit Stand Februar des Folgejahres erstellt und an die DGUV übermittelt. Es handelt sich um ausgewählte Merkmale, die jeder UV-Träger der DGUV meldet. Sie bilden die Grundlage für Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der DGUV.
Leistungsfallzahl	Anzahl der Leistungsfälle. Die Summe der Leistungsfälle in den einzelnen Leistungsarten ergibt nicht die Anzahl der Leistungsfälle insgesamt, da ein Fall mehrere Leistungsarten erhalten kann.

Leistungsfälle	Die Leistungsfälle des jeweiligen Jahres sind sämtliche Fälle, für die die UV-Träger im jeweiligen Jahr Leistungen erbracht haben. Es sind also nicht nur die Fälle, in denen Rentenzahlungen erfolgt sind. Sie sind nicht identisch mit den erstmals anerkannten Fällen eines Jahres.
Minderung der Erwerbsfähigkeit	In der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ein Maß für die verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, die sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens nach einem Versicherungsfall (Arbeitsunfall, Wegeunfall oder Berufskrankheit) ergeben. Sie wird in Prozent angegeben. Ein vollständiger Verlust der Erwerbsfähigkeit (MdE von 100 Prozent) führt zu einer Vollrente. Liegt die Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls länger als 26 Wochen um wenigstens 20 Prozent gemindert vor, besteht Anspruch auf eine Verletztenrente (§ 56 Abs. 1 SGB VII).
Nicht bestätigte Fälle	Sie umfassen die Fälle unter den Verdachtsanzeigen, bei denen sich das Vorliegen einer Berufskrankheit im BK-Verfahren bisher nicht bestätigt hat. Gründe hierfür können sein: das Fehlen eines Ursachenzusammenhangs, das Fehlen einer BK-typischen Erkrankung im Vollbeweis oder das Fehlen einer BK-typischen Einwirkung beziehungsweise ein noch nicht ausreichender Einwirkungswert.
Post-COVID-Check	Post-COVID-Check (PCC) ist ein stationäres Diagnoseprogramm der BG Kliniken für Versicherte mit komplexen Post-COVID-Symptomen zur interdisziplinären Abklärung und Festlegung des weiteren Heilverfahrens.
Post-COVID-Syndrom	Von einem Post-COVID-Syndrom (PCS) wird gesprochen, wenn die Symptome länger als drei Monate nach Infektionsbeginn anhalten und nicht durch eine alternative Diagnose erklärt werden können (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines, 2024).
Prävalenz	Die Prävalenz beschreibt den Anteil der Menschen in einer Bevölkerungsgruppe, der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb eines Zeitraums an einer bestimmten Krankheit leidet.
Reha-Management	Reha-Management ist die umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation und aller Leistungen zur Teilhabe auf der Grundlage eines individuellen Reha-Plans unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten.
Versicherungsfalltag	Der Versicherungsfalltag entspricht dem Tag, an dem alle versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Berufskrankheit erfüllt sind. Konkret handelt es sich dabei um den Tag der Diagnosesicherung.
Wegfall Unterlassungszwang	Eine wesentliche Änderung im Rahmen der Weiterentwicklung des BK-Rechts ist der Wegfall des sogenannten Unterlassungszwangs, der bis zum 31. Dezember 2020 eine Anerkennungsvoraussetzung bei den BK-Nummern 1315, 2101, 2104, 2108 bis 2110, 4301, 4302 und 5101 war. Es wurde der Passus „die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können“ aus den Tatbeständen in Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung gestrichen.

Literaturverzeichnis

Barnekow, T., Peters, C., Dulon, M., et al. (2024). Impact of pre-existing conditions on the severity of post-COVID syndrome among workers in healthcare and social services in Germany. Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 19(1), 32. https://doi.org/10.1186/s12995-024-00431-8

Bauer, A., Grienberger, K., Matthes, B., et al. (2021). Berufe und Covid-19-Pandemie: Wie hoch ist das berufsspezifische Ansteckungsrisiko? IAB-Forum. abgerufen am 02.09.2026 unter https://iab-forum.de/berufe-und-covid-19-pandemie-wie-hoch-ist-das-berufsspezifische-ansteckungsrisiko/

BGW. (2024). Diagramm: Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit 2025 im Vergleich zu 2024. abgerufen am 28.08.2026 unter https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/vorschau/diagramm-anzeigen-auf-verdacht-einer-berufskrankheit-2025-7118

Braig, S., Peter, R. S., Nieters, A., et al. (2024). Post-COVID syndrome and work ability 9-12 months after a SARS-CoV-2 infection among over 9000 employees from the general population. IJID Reg, 10, 67-74. https://doi.org/10.1016/j.ijregi.2023.11.015

Brehm, T. T., Schwinge, D., Lampalzer, S., et al. (2021). Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies among hospital workers in a German tertiary care center: A sequential follow-up study. Int J Hyg Environ Health, 232, 113671. https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2020.113671

Bundesministerium Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR). (2026). Gemeinsame Erklärung: Nationale Dekade gegen Postinfektiöse Erkrankungen. Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt. abgerufen am 28.08.2026 unter https://www.bmftr.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/2026/erklaerung-postinfekt.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Casjens, S., Taeger, D., Brüning, T., et al. (2024). Changes in mental distress among employees during the three years of the COVID-19 pandemic in Germany. PloS One, 19(5), e0302020. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302020

Cazé, A. B., Cerqueira-Silva, T., Bomfim, A. P., et al. (2023). Prevalence and risk factors for long COVID after mild disease: A cohort study with a symptomatic control group. Journal of Global Health, 13, 06015. https://doi.org/10.7189/jogh.13.06015

Ceban, F., Ling, S., Lui, L. M. W., et al. (2022). Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. Brain, Behavior, and Immunity, 101, 93-135. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020

Dalichau, S., Kordy, H., Klüver, J., et al. (2024). Die Bedeutung der Chronischen Fatigue in der Post-COVID-Sprechstunde und ihre Konsequenzen für die ambulante Rehabilitation im Kontext der gesetzlichen Unfallversicherung [The Significance of Chronic Fatigue in the Post-Covid Consultation and its Consequences for Outpatient Rehabilitation in the Context of Statutory Accident Insurance]. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 74(7), 265-275. https://doi.org/10.1055/a-2266-3441

Davis, H. E., McCorkell, L., Vogel, J. M., et al. (2023). Author Correction: Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. Nature Reviews: Microbiology, 21(6), 408. https://doi.org/10.1038/s41579-023-00896-0

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). BK-Info für Ätztinnen/Ärzte - BK 2108. abgerufen am 01.09.2026 unter https://www.dguv.de/bk-info/icd-10-kapitel/kapitel_13/bk2108/index.jsp

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). (2025). Empfehlung für die Begutachtung von Post Covid. DGUV. abgerufen am 01.09.2026 unter https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/5055

Dulon, M., Stranzinger, J., Wendeler, D., et al. (2025). Berufsbedingte Infektionskrankheiten bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst 2023. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 75(5), 211-221. https://doi.org/10.1007/s40664-025-00579-y

Elboraay, T., Ebada, M. A., Elsayed, M., et al. (2025). Long-term neurological and cognitive impact of COVID-19: a systematic review and meta-analysis in over 4 million patients. BMC Neurology, 25(1), 250. https://doi.org/10.1186/s12883-025-04174-9

Fernandez-de-Las-Peñas, C., Notarte, K. I., Macasaet, R., et al. (2024). Persistence of post-COVID symptoms in the general population two years after SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis. Journal of Infection, 88(2), 77-88. https://doi.org/10.1016/j.jinf.2023.12.004

Fernández-de-Las-Peñas, C., Palacios-Ceña, D., Gómez-Mayordomo, V., et al. (2022). Fatigue and Dyspnoea as Main Persistent Post-COVID-19 Symptoms in Previously Hospitalized Patients: Related Functional Limitations and Disability. Respiration, 101(2), 132-141. https://doi.org/10.1159/000518854

Grafström, T., Barros, G. W. F., Persson, I.-L., et al. (2025). Post COVID-19 condition phenotypes: A prospective cohort study identifying four symptom clusters and their impact on long-term outcomes. Journal of Infection and Public Health, 18(12), 102994. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2025.102994

Hassanin, R., Peters, C., Nienhaus, A., et al. (2025). Determinants of work ability among health and social services workers with work-related COVID-19 infection in Germany. BMC Health Services Research, 25(1), 789. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12938-9

Havervall, S., Rosell, A., Phillipson, M., et al. (2021). Symptoms and Functional Impairment Assessed 8 Months After Mild COVID-19 Among Health Care Workers. Journal of the American Medical Association, 325(19), 2015-2016. https://doi.org/10.1001/jama.2021.5612

Heidemann, C., Reitzle, L., Schmidt, C., et al. (2022). Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der CoMoLo-Studie. Journal of Health Monitoring, 2022(S1), 1-19. https://doi.org/10.25646/9563

Hu, M., Song, T., Gong, Z., et al. (2025). Symptom Trajectories and Clinical Subtypes in Post-COVID-19 Condition: Systematic Review and Clustering Analysis. JMIR Public Health and Surveillance, 11, e72221. https://doi.org/10.2196/72221

Huang, J., Huang, Z. T., Sun, X. C., et al. (2024). Mental health status and related factors influencing healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. PloS One, 19(1), e0289454. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289454

Huang, Q., Jia, M., Sun, Y., et al. (2023). One-Year Temporal Changes in Long COVID Prevalence and Characteristics: A Systematic Review and Meta-Analysis. Value in Health, 26(6), 934-942. https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.11.011

Jacob, L., Koyanagi, A., Smith, L., et al. (2021). Prevalence of, and factors associated with, long-term COVID-19 sick leave in working-age patients followed in general practices in Germany. International Journal of Infectious Diseases, 109, 203-208. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.06.063

Kirchberger, I., Meisinger, C., Warm, T. D., et al. (2024). Longitudinal course and predictors of health-related quality of life, mental health, and fatigue, in non-hospitalized individuals with or without post COVID-19 syndrome. Health Qual Life Outcomes, 22(1), 32. https://doi.org/10.1186/s12955-024-02245-y

Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., et al. (Eds.). (2022). Krankenhaus-Report 2022: Patientenversorgung während der Pandemie. Springer https://doi.org/10.1007/978-3-662-64685-4.

Kobes, K., Rademacher, C., Kozak, A., et al. (2026). Fatigue after COVID-19 in occupationally exposed workers: prevalence, severity and associated risk factors in a cross-sectional analysis of a multicentre registry study. BMJ Open, 16(5), e116993. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2026-116993

Koch, P., Steinke, L., Peters, C., et al. (2025). Prevalence and predictors of post-COVID-19-related symptoms: an extended follow-up among employees in health and welfare services in Germany: a short report. GMS Hygiene and Infection Control, 20, Doc48. https://doi.org/10.3205/dgkh000577

Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., et al. (2021). S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID [S1 Guideline Post-COVID/Long-COVID]. Pneumologie, 75(11), 869-900. https://doi.org/10.1055/a-1551-9734

Kozak, A., Wischnat, J., Rademacher, C., et al. (2026). Persistent Symptoms After SARS-CoV-2 Infection in a Referred Occupational Clinical Registry: Symptom Patterns and Associated Factors. Diseases, 14(4), 141. https://doi.org/10.3390/diseases14040141

Luo, D., Mei, B., Wang, P., et al. (2024). Prevalence and risk factors for persistent symptoms after COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect, 30(3), 328-335. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2023.10.016

Mansson, J., Cajander, S., Liden, M., et al. (2024). Covid-19 Across Professions-Infection, Hospitalization, and Intensive Care Unit Patterns in a Swedish County. J Occup Environ Med, 66(9), 706-713. https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000003147

Martinez-Cajas, J. L., Jolly, A., Gong, Y., et al. (2025). Risk of SARS-CoV-2 infection before and after the Omicron wave in a cohort of healthcare workers in Ontario, Canada. BMC Infectious Diseases, 25(1), 183. https://doi.org/10.1186/s12879-025-10580-8

Mauz, E., Walther, L., Junker, S., et al. (2023). Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. Front Public Health, 11, 1065938. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1065938

Naik, H., Wilton, J., Tran, K. C., et al. (2025). Long-Term Health-Related Quality of Life in Working-Age COVID-19 Survivors: A Cross-Sectional Study. American Journal of Medicine, 138(5), 850-861 e858. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2024.05.016

National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. (2024). In COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Nehme, M., Vieux, L., Kaiser, L., et al. (2023). The longitudinal study of subjective wellbeing and absenteeism of healthcare workers considering post-COVID condition and the COVID-19 pandemic toll. Scientific Reports, 13(1), 10759. https://doi.org/10.1038/s41598-023-37568-1

Niecke, A., Henning, M., Hellmich, M., et al. (2025). Psychische Belastung des intensivmedizinischen Personals in Deutschland im Verlauf der COVID-19-Pandemie. Evidenz aus der VOICE-Studie [Mental distress of intensive care staff in Germany during the COVID-19 pandemic. Results from the VOICE study]. Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin, 120(4), 300-306. https://doi.org/10.1007/s00063-024-01164-6

Nielsen, K. J., Vestergaard, J. M., Schlünssen, V., et al. (2021). Day-by-day symptoms following positive and negative PCR tests for SARS-CoV-2 in non-hospitalized healthcare workers: A 90-day follow-up study. International Journal of Infectious Diseases, 108, 382-390. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.05.032

Nienhaus, A. (2018). Infections in Healthcare Workers in Germany-22-Year Time Trends. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(12). https://doi.org/10.3390/ijerph15122656

Notarte, K. I., de Oliveira, M. H. S., Peligro, P. J., et al. (2022). Age, Sex and Previous Comorbidities as Risk Factors Not Associated with SARS-CoV-2 Infection for Long COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Medicine, 11(24). https://doi.org/10.3390/jcm11247314

O' Mahony, L., Buwalda, T., Blair, M., et al. (2022). Impact of Long COVID on health and quality of life. HRB Open Research, 5, 31. https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13516.1

Peter, R. S., Nieters, A., Göpel, S., et al. (2025). Persistent symptoms and clinical findings in adults with post-acute sequelae of COVID-19/post-COVID-19 syndrome in the second year after acute infection: A population-based, nested case-control study. PLoS Medicine, 22(1), e1004511. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004511

Peters, C., Dulon, M., Schablon, A., et al. (2025). Impact of COVID-19 on Health-Related Quality of Life and Mental Health Among Employees in Health and Social Services-A Longitudinal Study. Infectious Disease Reports, 17(6). https://doi.org/10.3390/idr17060138

Prazeres, F., Romualdo, A. P., Campos Pinto, I., et al. (2025). The impact of long COVID on quality of life and work performance among healthcare workers in Portugal. PeerJ, 13, e19089. https://doi.org/10.7717/peerj.19089

Quabach, M., & Zagrodnik, F.-D. (2021). COVID-19 als Versicherungsfall in der gesetzlichen Unfallversicherung. DGUV Forum(1), 11-17.

Reuter, M., Rigo, M., Formazin, M., et al. (2022). Occupation and SARS-CoV-2 infection risk among 108 960 workers during the first pandemic wave in Germany. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 48(6), 446-456. https://doi.org/10.5271/sjweh.4037

Roessler, M., Tesch, F., Batram, M., et al. (2022). Post-COVID-19-associated morbidity in children, adolescents, and adults: A matched cohort study including more than 157,000 individuals with COVID-19 in Germany. PLoS Medicine, 19(11), e1004122. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004122

Sansone, D., Tassinari, A., Valentinotti, R., et al. (2022). Persistence of Symptoms 15 Months since COVID-19 Diagnosis: Prevalence, Risk Factors and Residual Work Ability. Life (Basel), 13(1). https://doi.org/10.3390/life13010097

Saunders, C., Sperling, S., & Bendstrup, E. (2023). A new paradigm is needed to explain long COVID. Lancet Respiratory Medicine, 11(2), e12-e13. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00501-X

Schmehl, I., & Schwenkreis, P. (2023). Post- und Long-Covid – Begutachtung. In J. Breuer, J. Fritze, A. Popa, D. Scholtysik, J. Seifert, & M. Wich (Hrsg.), Die Ärztliche Begutachtung. Springer Reference Medizin. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61937-7_161-1

Schwenkreis, P., Kozak, A., Gonschorek, A., et al. (2024). Conception and development of a neurological registry of patients with persistent health impairments following work-related COVID-19 disease in Germany. GMS Hygiene and Infection Control, 19, Doc62. https://doi.org/10.3205/dgkh000517

Statistisches Bundesamt. (2026). Gesundheitspersonal. Statistisches Bundesamt (Destatis),. abgerufen am 28.08.2026 unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt

Steinke, L., Peters, C., Nienhaus, A., et al. (2024). Factors influencing the course of post-COVID-19-related symptoms: A bidirectional cohort study among employees in health and welfare services in Germany. GMS Hygiene and Infection Control, 19, Doc61. https://doi.org/10.3205/dgkh000516

Strahm, C., Seneghini, M., Güsewell, S., et al. (2022). Symptoms Compatible With Long Coronavirus Disease (COVID) in Healthcare Workers With and Without Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection-Results of a Prospective Multicenter Cohort. Clinical Infectious Diseases, 75(1), e1011-e1019. https://doi.org/10.1093/cid/ciac054

Sudre, C. H., Murray, B., Varsavsky, T., et al. (2021). Attributes and predictors of long COVID. Nature Medicine, 27(4), 626-631. https://doi.org/10.1038/s41591-021-01292-y

Suhr, F. (2023, 27.04.2023). Girls Day & Boys Day - Frauenberufe, Männerberufe. statista. abgerufen am 01.09.2026 unter https://de.statista.com/infografik/29862/berufe-in-deutschland-nach-geschlechteranteil/

Tebeka, S., Carcaillon-Bentata, L., Decio, V., et al. (2023). Complex association between post-COVID-19 condition and anxiety and depression symptoms. European Psychiatry, 67(1), e1. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2473

Thompson, E. J., Williams, D. M., Walker, A. J., et al. (2022). Long COVID burden and risk factors in 10 UK longitudinal studies and electronic health records. Nature Communications, 13(1), 3528. https://doi.org/10.1038/s41467-022-30836-0

Thyssen, J. P., Schuttelaar, M. L. A., Alfonso, J. H., et al. (2022). Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema. Contact Dermatitis, 86(5), 357-378. https://doi.org/10.1111/cod.14035

Trefzer, T., Brüggemann, S., Weinbrenner, S., et al. (2023). Rehabilitationen bei Post-COVID-Syndrom der Deutschen Rentenversicherung 2021 [Rehabilitation for Post-COVID Syndrome covered by the German Pension Insurance in 2021]. Rehabilitation, 62(06), 339-348. https://doi.org/10.1055/a-2192-1969

Tsampasian, V., Elghazaly, H., Chattopadhyay, R., et al. (2023). Risk Factors Associated With Post-COVID-19 Condition: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Internal Medicine, 183(6), 566-580. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.0750

van der Feltz-Cornelis, C., Turk, F., Sweetman, J., et al. (2024). Prevalence of mental health conditions and brain fog in people with long COVID: A systematic review and meta-analysis. General Hospital Psychiatry, 88, 10-22. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2024.02.009

Wachtler, B., Neuhauser, H., Haller, S., et al. (2021). The Risk of Infection with SARS-CoV-2 Among Healthcare Workers During the Pandemic. Deutsches Ärzteblatt International, 118(49), 842-843. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0376

Wahrendorf, M., Schaps, V., Reuter, M., et al. (2023). Berufsbedingte Unterschiede bei COVID-19-Morbiditat und -Mortalitat in Deutschland. Eine Analyse von Krankenkassendaten von 3,17 Mio. Versicherten [Occupational differences of COVID-19 morbidity and mortality in Germany. An analysis of health insurance data from 3.17 million insured persons]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 66(8), 857-868. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03738-9

Wang, S., Quan, L., Chavarro, J. E., et al. (2022). Associations of Depression, Anxiety, Worry, Perceived Stress, and Loneliness Prior to Infection With Risk of Post-COVID-19 Conditions. JAMA Psychiatry, 79(11), 1081-1091. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2640

Weigel, B., Inderyas, M., Eaton-Fitch, N., et al. (2025). Health-related quality of life in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome and Post COVID-19 Condition: a systematic review. Journal of Translational Medicine, 23(1), 318. https://doi.org/10.1186/s12967-025-06131-z

Westerlind, E., Palstam, A., Sunnerhagen, K. S., et al. (2021). Patterns and predictors of sick leave after Covid-19 and long Covid in a national Swedish cohort. BMC Public Health, 21(1), 1023. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11013-2

Kontakt – Ihre BGW-Standorte und Kundenzentren

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg
Tel.: +49 40 20207-0
Fax: +49 40 20207-2495
www.bgw-online.de

Diese Übersicht wird bei jedem Nachdruck aktualisiert. Sollte es kurzfristige Änderungen geben, finden Sie diese hier:

www.bgw-online.de/kontakt

Berlin · Spichernstraße 2–3 · 10777 Berlin

Bezirksstelle	Tel.: +49 30 89685-3701	Fax: -3799
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 30 89685-0	Fax: -3625
schu.ber.z*	Tel.: +49 30 89685-3696	Fax: -3624

Bochum · Universitätsstraße 78 · 44789 Bochum

Bezirksstelle	Tel.: +49 234 3078-6401	Fax: -6419
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 234 3078-0	Fax: -6249
schu.ber.z*	Tel.: +49 234 3078-0	Fax: -6379
studio78	Tel.: +49 234 3078-6478	Fax: -6399

Bochum · Gesundheitscampus-Süd 29 · 44789 Bochum

campus29	Tel.: +49 234 3078-6333	Fax: –

Delmenhorst · Fischstraße 31 · 27749 Delmenhorst

Bezirksstelle	Tel.: +49 4221 913-4241	Fax: -4239
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 4221 913-0	Fax: -4225
schu.ber.z*	Tel.: +49 4221 913-4160	Fax: -4233

Dresden · Gret-Palucca-Straße 1 a · 01069 Dresden

Bezirksverwaltung	Tel.: +49 351 8647-0	Fax: -5625
schu.ber.z*	Tel.: +49 351 8647-5701	Fax: -5711
Bezirksstelle	Tel.: +49 351 8647-5771	Fax: -5777
	Königsbrücker Landstraße 2 b · Haus 2	
	01109 Dresden	
BGW Akademie	Tel.: +49 351 28889-6110	Fax: -6140
	Königsbrücker Landstraße 4 b · Haus 8	
	01109 Dresden	

Hamburg · Schäferkampsallee 24 · 20357 Hamburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 40 4125-2901	Fax: -2997
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 40 4125-0	Fax: -2999
schu.ber.z*	Tel.: +49 40 7306-3461	Fax: -3403
	Bergedorfer Straße 10 · 21033 Hamburg	
BGW Akademie	Tel.: +49 40 20207-2890	Fax: -2895
	Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg	

Hannover · Anderter Straße 137 · 30559 Hannover

Außenstelle von Magdeburg		
Bezirksstelle	Tel.: +49 391 6090-7930	Fax: -7939

Karlsruhe · Philipp-Reis-Straße 3 · 76137 Karlsruhe

Bezirksstelle	Tel.: +49 721 9720-5555	Fax: -5576
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 721 9720-0	Fax: -5573
schu.ber.z*	Tel.: +49 721 9720-5527	Fax: -5577

Köln · Bonner Straße 337 · 50968 Köln

Bezirksstelle	Tel.: +49 221 3772-5356	Fax: -5359
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 221 3772-0	Fax: -5101
schu.ber.z*	Tel.: +49 221 3772-5300	Fax: -5115

Magdeburg · Keplerstraße 12 · 39104 Magdeburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 391 6090-7920	Fax: -7922
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 391 6090-5	Fax: -7825

Mainz · Göttelmannstraße 3 · 55130 Mainz

Bezirksstelle	Tel.: +49 6131 808-3902	Fax: -3997
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 6131 808-0	Fax: -3998
schu.ber.z*	Tel.: +49 6131 808-3977	Fax: -3992

München · Helmholtzstraße 2 · 80636 München

Bezirksstelle	Tel.: +49 89 35096-4600	Fax: -4628
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 89 35096-0	Fax: -4686
schu.ber.z*	Tel.: +49 89 35096-0	

Würzburg · Röntgenring 2 · 97070 Würzburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 931 3575-5951	Fax: -5924
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 931 3575-0	Fax: -5825
schu.ber.z*	Tel.: +49 931 3575-5855	Fax: -5994

*schu.ber.z = Schulungs- und Beratungszentrum

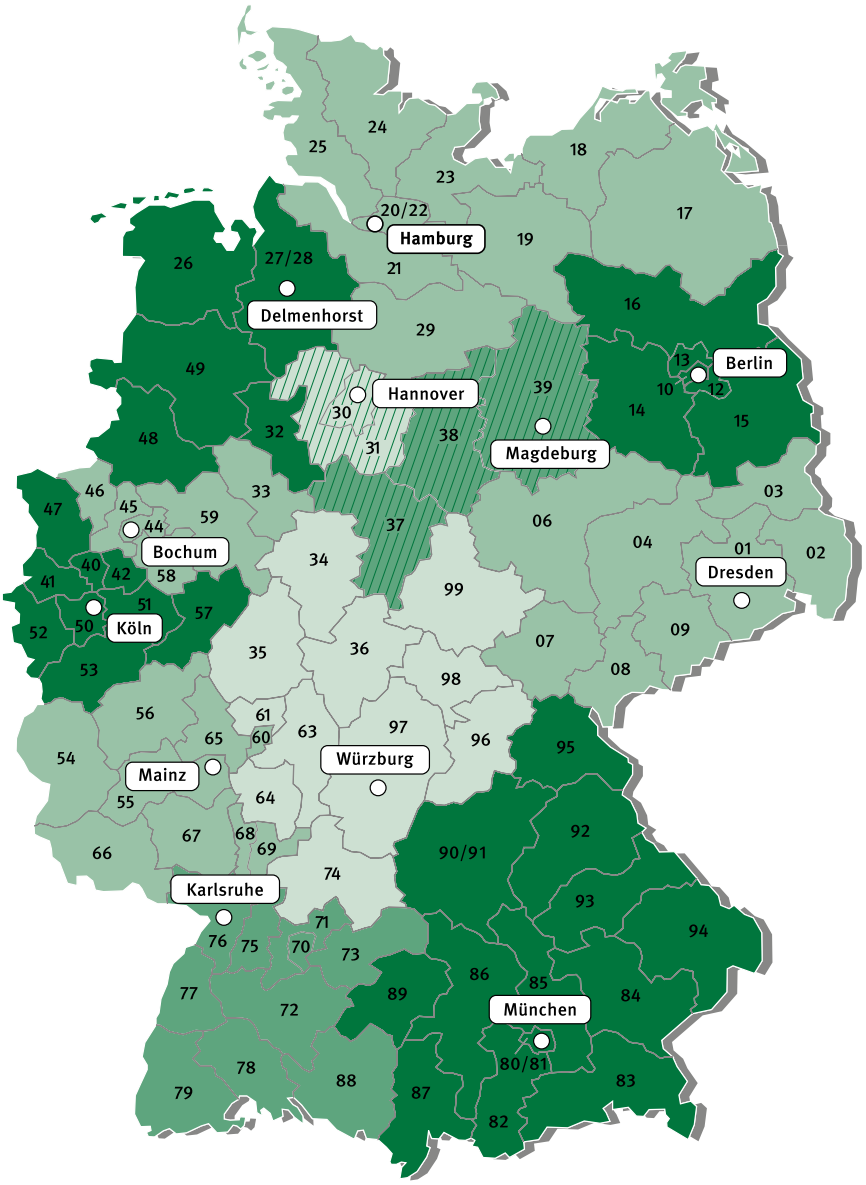
So finden Sie Ihr zuständiges Kundenzentrum

Auf der Karte sind die Städte verzeichnet, in denen die BGW mit einem Standort vertreten ist. Die farbliche Kennung zeigt, für welche Region ein Standort zuständig ist.

Jede Region ist in Bezirke unterteilt, deren Nummer den ersten beiden Ziffern der dazugehörenden Postleitzahl entspricht.

Ein Vergleich mit Ihrer eigenen Postleitzahl zeigt, welches Kundenzentrum der BGW für Sie zuständig ist.

Auskünfte zur Prävention erhalten Sie bei der Bezirksstelle, Fragen zu Rehabilitation und Entschädigung beantwortet die Bezirksverwaltung Ihres Kundenzentrums.



Beratung und Angebote

Versicherungs- und Beitragsfragen
Tel.: +49 40 20207-1190
E-Mail: beitraege-versicherungen@bgw-online.de

Unsere Servicezeiten finden Sie unter:

www.bgw-online.de/beitraege

BGW-Medien
Tel.: +49 40 20207-4846
E-Mail: medienangebote@bgw-online.de
Das umfangreiche Angebot finden Sie online in unserem Medien-Center.

www.bgw-online.de/medien

BGW-Beratungsangebote
Tel.: +49 40 20207-4862
Fax: +49 40 20207-4853
E-Mail: orga@bgw-online.de

Modellvorhaben und Kongresse
BGW campus29
Gesundheitscampus Süd 29
44801 Bochum
E-Mail: campus29@bgw-online.de

09/2026

BGW · Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg