




Protokoll

Interministerielle Arbeitsgruppe Long-COVID .

3. Sitzung

Ambulante und stationäre Versorgung

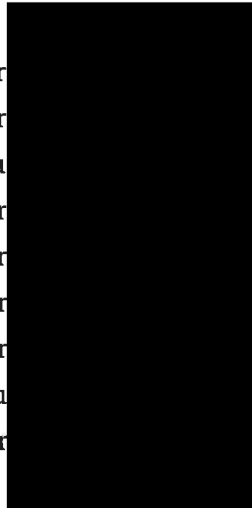
Zeit: Dienstag, 13. Juli 2021, 14:00 bis ca. 17:00 Uhr
Ort: Videokonferenz
Sitzungsleitung: Frau RL'in 323 Dr. Schwartz
Protokollführung: 
Anlagen: Präsentation TU Dresden Long-COVID bei Kindern,
VUD Stellungnahme

Teilnehmende:

BK	Herr Dr	
BMI	Frau Ec	
BMBF Referat 614	Herr Dr	
BMAS	Herr Bi	 rdet
BMFSFJ	Frau Le	
BMEL	Frau Dr	
BMG UAL'in 32	Frau Be	
BMG Referat 212	Herr Dr	
BMG Referat 216	Herr Zir	
BMG Referat 223	Frau Hä	
BMG Referat 224	Herr We	
BMG Referat 226	Frau Kro	
BMG Referat 323	Frau D	 ttkörper, Herr Dr. Martens, Frau Wagne
BMG Referat 325	Herr D	
BMG Referat 514	Frau D	
BMG Referat 614	Frau D	
BMG PG Koordinierung C 19	Frau v	

Gäste (TOP 1-3):

GKV-SV Herr
KBV Herr
Hausärzteverband Frau
DGP Herr
DGKJ Herr
DGN Herr
Long-COVID Deutschland Herr
DKG Frau
VUD Herr



Abwesend:

BMBF Referat 615 Frau



TOP 1 (intern)	Begrüßung
	<p>Frau Dr. Schwartz begrüßt die Anwesenden und führt nach einer kurzen Vorstellungsrunde wie folgt aus:</p> <ul style="list-style-type: none">• Das Protokoll und die Synopse der 2. IMA Sitzung werden nachgereicht.• Aktueller Sachstand Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) "Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona": Die erste, konstituierende Sitzung ist für Freitag, den 16. Juli 2021, geplant. Es sind in Abstimmung mit BMFSFJ nach jetzigem Planungsstand drei weitere inhaltliche Sitzungen geplant.
TOP 2 (extern)	Kurzstatements von externen Expertinnen und Experten zur aktuellen ambulanten und stationären Versorgungslage zu Long-COVID: <ol style="list-style-type: none">1) GKV-SV (GKV-Spitzenverband)2) KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung)3) Hausärzteverband4) DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin)5) DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin)6) DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie)7) Long-COVID Deutschland8) DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft)

	<p>9) VUD (Verband der Universitätsklinika Deutschland)</p>
	<p>Begrüßung der Gäste. Einleitung in den TOP (Kurzstatements für 5 Minuten)</p> <p>Die beteiligten Verbände betonen in ihren Statements folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GKV-SV (GKV-Spitzenverband) <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Versorgung der Long-COVID Patientinnen und Patienten wird vor allem im ambulanten, hausärztlichen Bereich gewährleistet. ○ Für Regelungen im G-BA (oder entsprechende gesetzliche Beauftragungen) wird derzeit kein konkreter Ansatzpunkt und Regelungsbedarf gesehen. ○ Der Forschungsbedarf besteht vor allem im Bereich der Epidemiologie und der Therapieforschung. Es ist wichtig, epidemiologische Defizite durch strukturierte Forschung zu beseitigen. Im Rahmen der Therapieforschung wird empfohlen, sich auf bestehende Strukturen, d.h. Hochschulambulanzen, zu stützen. Ein überschaubares Netzwerk dieser Ambulanzen, die auch mit ausgewählten ambulanten Leistungserbringern verknüpft sind, soll eine klinische Kohorte generieren, Studien aufsetzen und diese in Versorgungssettings erproben. Erst nach erfolgreicher Erprobung soll eine Umsetzung bewährter Konzepte in der Breitenversorgung erfolgen. • KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) <ul style="list-style-type: none"> ○ Auch bei Long-COVID Patientinnen und Patienten ist die gestufte Versorgung wichtig: Hausärzte/-innen, spezialisierte ambulante Gebietsärzte/-innen, allgemeine stationäre Versorgung, spezialisierte stationäre Versorgung. Das Gros der Patientinnen und Patienten wird in der hausärztlichen Versorgung behandelt. ○ Handlungsbedarf besteht in folgenden Bereichen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung des systematischen Erkenntnisgewinns ▪ Erarbeitung von Leitlinien ▪ Involvierung des G-BA: Festlegung von Grundsätzen der guten Versorgung, insbesondere einer schweregradabhängigen, guten Versorgung mit nahtloser Kommunikation aller Säulen des Gesundheitssystems ▪ Digitale Komponenten der Versorgung mitdenken: Telemedizin und Telekonsile. • Hausärzteverband

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die ambulante Betreuung von Long-COVID Patientinnen und Patienten erfolgt weit überwiegend in hausärztlichen Praxen. ○ Die Basis für eine gute Versorgung dieser Patientengruppe bilden ein reibungsloser, sektorübergreifender Versorgungsablauf und eine gute Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten. ○ Problembereiche: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Atemnot (Dyspnoe) und Chronic Fatigue Symptomatik:</u> Angesichts der langen Krankheitsverläufe mit hohem Heilmittelbedarf bei Long-COVID und Post-COVID wird eine verbesserte Zugänglichkeit zur Heilmittelversorgung (z.B. Atemtherapie) sowie zur psychotherapeutischen Versorgung gefordert. Die in diesen Fällen verordneten Heilmittel sollten von dem arztindividuellen Heilmittel-Budget ausgenommen und der entsprechende Leistungserbringer keinem Regress-Risiko ausgesetzt sein. Auch ist eine kurzfristige Weiterleitung in ambulante psychotherapeutische Behandlung kaum möglich. ▪ <u>Vergütung:</u> Die Anamnese bei Long-COVID-Betroffenen ist sehr aufwendig und der Zeitaufwand sollte angemessen vergütet werden. ▪ <u>Rehabilitation:</u> Es wird eine erleichterte Antragstellung für eine Reha mit klaren Antragskriterien und eine zeitnahe Vermittlung in Rehabilitationseinrichtungen gefordert. ▪ <u>Spezialambulanzen:</u> Die Patientenversorgung würde erleichtert, wenn zur Abklärung unklarer Symptome kurzfristige Überweisungsmöglichkeiten zu Spezialambulanzen bestünden. Telekonsile können helfen, hochspezialisiertes Wissen aus den Unikliniken in die Hausarztpraxis zu bringen. ○ Des Weiteren wären praxisnahe Leitlinien (unter Mitarbeit der DEGAM) hilfreich. ○ Zur Unterstützung der Betroffenen im privaten Bereich wären – bei nicht ausreichender familiärer Unterstützung – Haushaltshilfen („Familienhelfer“) sinnvoll. ○ Die Kritikpunkte gelten nicht für die gesetzliche Unfallversicherung. <ul style="list-style-type: none"> ● DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin) <ul style="list-style-type: none"> ○ Unter Federführung der DGP und weiterer zwanzig medizinischer, wissenschaftlicher Fachgesellschaften wurde eine S 1
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Leitlinie zu Long- bzw. Post-COVID erarbeitet. Mit der Publikation der Leitlinie durch die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) ist in Kürze zu rechnen.

- Derzeit wird auch eine entsprechende Patientenleitlinie erarbeitet.

- Wichtige Aspekte der o.g. Leitlinie:

- Hinsichtlich der Versorgungsstufen und des Versorgungsablaufs wird eine primär versorgende Ärztin/Arzt vorgeschlagen, nicht zuletzt, um Ärztehopping entgegenzuwirken.
- Interdisziplinarität ist wichtig und muss bei der Patientenversorgung auch gelebt werden. Hausarztpraxen benötigen ein Netzwerk, welches Sie bei der Diagnostik unterstützt.
- Long- bzw. Post-COVID betreffen insbesondere über die Symptome Fatigue, Depression sowie kardiologische/neurologische Veränderungen den Körper wie auch die Psyche der Patientinnen und Patienten.
- Die Diagnostik ist vielfältig und zeitaufwendig: Es ist eine differenzierte Anamnese-Erhebung notwendig. Die Diagnostik orientiert sich an der Abklärung der Kardinalsymptome, für die klinische Algorithmen bereits etabliert sind.
- Ein wichtiger, wenn nicht zentraler Aspekt einer angemessenen Versorgung ist es, einer Chronifizierung insbesondere psychischer Symptome bzw. Erkrankungen vorzubeugen.
- Hinsichtlich der rehabilitativen Forschung sind Defizite festzustellen, z.B. im Bereich der Pneumologie. So existiert bislang nur ein einziger Lehrstuhl für rehabilitative Pneumologie.
- Die Rehabilitation muss in der Behandlung von Long-COVID und Post-COVID interdisziplinär sein. Insbesondere für ein Krankheitsbild mit gleichzeitig organischen und psychischen Symptomen bedarf es interdisziplinärer Strukturen.

- **DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin)**

- Hinsichtlich der Long-/Post-COVID-Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen bestehen große Wissenslücken, daher wird eine verstärkte epidemiologische Forschung gefordert (s. auch **Anlage 1**). Wünschenswert wäre eine Unterstützung des

Bundes für die Register der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie zu COVID-19, PIM-S und Long-COVID bei Kindern.

- Die bekannten körperlichen Folgeerkrankungen nach SARS-CoV-2-Infektionen sind ambulant wie stationär behandelbar, jedoch sind die Behandlungsressourcen in beiden Sektoren quantitativ nicht ausreichend.

- **DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie)**

- Hebt die Notwendigkeit der Interdisziplinarität und der sektorenübergreifenden Versorgung hervor. Problembereiche/Forschungsbedarf sind:
 - Bei stationären Patientinnen und Patienten wird ein einfacher Übergang aus der Akutklinik in die neurologische Rehabilitation gefordert. Dazu soll die Antragstellung auch künftig und losgelöst von vorübergehenden Ausnahmeregelungen in der Pandemie erleichtert werden, ähnlich des bestehenden Modells zur zügigen Rehabilitation nach Schlaganfall.
 - Es werden Arzneimittelhersteller-unabhängige, medikamentöse Therapiestudien gefordert.

- **Long-COVID Deutschland**

- Aus Sicht der Patienteninitiative ist es zur Bewältigung der Krise wichtig, Symptome der Erkrankung wie Fatigue, Atembeschwerden, neurologische Störungen und Schlafstörungen, auch bei milden und moderaten Erkrankungsbeginn, systematisch zu erfassen.
- Die Schwere der Erkrankung COVID-19 hängt nicht allein von der Hospitalisierungsrate, sondern auch von der Art und Schwere der Langzeitfolgen ab. Die Initiative rechnet mit einer deutlichen Zunahme der Long-COVID-Fälle und damit einhergehend Krankheitslast und hohe Kosten für die Sozialsysteme.
- Laut WHO werden 7 Pathomechanismen für die Entstehung von Long-COVID vermutet.
- Die Ursache eines vorherrschenden Symptoms, der Fatigue, ist unklar und es gibt keine wirksame Therapie oder Rehabilitation.
- In der Diagnostik des Long- /Post-COVID-Syndroms ist es für die Betroffenen häufig schwierig, einen Erkrankungsnachweis zu führen, da ein „beweisender“ Antikörpertiter (spätestens nach 12 Wochen) nicht mehr nachweisbar ist. Hierdurch wird auch der Zugang zu Behandlung erschwert.

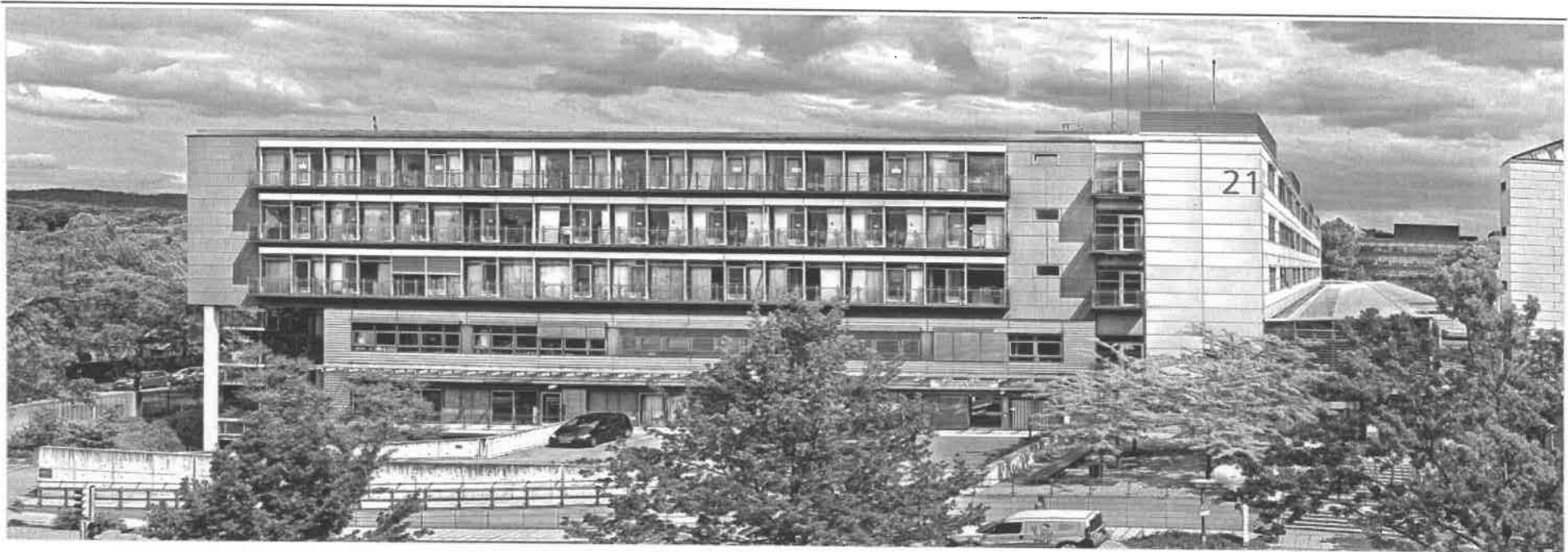
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Das Versorgungsangebot für Long-COVID-Erkrankte reicht nicht aus. Es gibt lange Wartezeiten bei spezialisierten Post-COVID-Ambulanzen und keine ausreichende Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten. ○ Der Umfang an Forschung (Netzwerk Universitäre Medizin, NUM) ist nicht ausreichend, es müssen gesonderte Forschungsgelder für die Long- /Post-COVID Forschung bereitgestellt werden. ○ Die Aufklärung über das Erkrankungsbild müsse gefördert werden. <ul style="list-style-type: none"> ● DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) <ul style="list-style-type: none"> ○ Vor dem Hintergrund dieses neuartigen Erkrankungsbildes fordert die DKG eine diesbezüglich stärkere Sensibilisierung der Behandelnden und der Betroffenen. ○ Des Weiteren fordert sie eine stärkere Verzahnung der Sektoren und eine verbesserte Datenlage. Die Hochschulambulanzen sind in der Pflicht, Forschung und Versorgung zu verbinden. ○ Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten sind insbesondere die Hochschulambulanzen geeignet. Polysymptomatische Patientinnen und Patienten können besser an Krankenhäusern als im ambulanten Bereich behandelt werden, wobei aber kapazitäre Engpässe im akut-stationären wie im Rehabilitationsbereich eingeräumt werden. ● VUD (Verband der Universitätsklinika Deutschland) <ul style="list-style-type: none"> ○ Die weitere Erforschung des neuartigen Post-COVID-Syndroms ist zentral: Es ist klinische und epidemiologische Forschung über das Netzwerk Universitäre Medizin (NUM) notwendig, sowie Versorgungsforschung. Ziel ist es, in der Versorgung dieser Patientengruppe interdisziplinär eine abgestimmte Diagnostik und organübergreifende Standard Operating Procedures (SOPs) etablieren zu können. ○ Es wird vorgeschlagen, dass Universitätskliniken Modell stehen für die Organisation einer interdisziplinären und transsektoralen Versorgung. Es könnten interdisziplinäre Fallkonferenzen ähnlich der onkologischen Tumorboards zur korrekten Diagnostik und Folgetherapie bei den Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. ○ In diesem Zusammenhang werden auch entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten gefordert: Versorgungsziffern für Post-COVID und Leistungsziffern für Interdisziplinarität (s. auch Stellungnahme in Anlage 2).
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TOP 3 (extern)	Gelegenheit zu Nachfragen zu den Statements
	<p>Im Rahmen der Nachfragen wird folgendes klargelegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das RKI betont den Wert epidemiologischer Forschung und verweist erneut auf den Wert der NUM-Initiative des BMBF. • Das BMAS weist daraufhin, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) in ihrem Statement an die Krankenkassen appelliert, längerfristig arbeitsunfähige Versicherte aufzufordern, frühzeitig Anträge auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen. Das Angebot der KBV, einen etablierten Informationskanal zur Übermittlung von Informationen zu Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation an niedergelassene Ärzte zu nutzen, wird an die DRV Bund herangetragen (die DRV Bund hat diese Möglichkeit inzwischen bereits genutzt). <p>Hinsichtlich der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) wird darauf hingewiesen, dass diese für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten Leistungen „aus einer Hand“ bietet, d.h. alle Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX abdeckt. Eine umfassende, sektor- und trägerübergreifende Bedarfsermittlung ist Grundlage für eine adäquate Versorgung der Long-COVID Patientinnen und Patienten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auf Nachfrage werden noch einmal die Begrifflichkeiten geklärt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Long-COVID: ist der Oberbegriff und bezeichnet eine anhaltende Symptomatik ab der 4. Woche nach COVID-19-Erkrankung oder SARS-CoV-2-Infektion. ○ Post-COVID: Anhaltende oder neue Symptomatik ab der 12. Woche nach COVID-19-Erkrankung oder SARS-CoV-2-Infektion • Hinsichtlich der Diskussion der ambulanten Versorgung, insbesondere gemäß § 116b SGB V, bleibt festzuhalten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Ansatzpunkte des 116b SGB V (ambulant spezialfachärztliche Versorgung, ASV) und eines Disease Management Programms (DMP) werden aus unterschiedlichen Gründen hinsichtlich der Versorgung dieser Patientengruppe als nicht geeignet und ausreichend angesehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die ASV stelle nur eine Insellösung dar, es müsse aber ein Behandlungskontinuum ermöglicht werden. Zudem

	<p>liege bei Long-COVID kein klar definiertes Krankheitsbild vor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neben der ASV sei auch ein DMP nicht zielführend, da derzeit der Reifegrad an den wiss. Erkenntnissen für beide Versorgungsformen nicht ausreichend sei. • Stattdessen wird seitens des Hausärztesverbandes gefordert, <ul style="list-style-type: none"> ○ die bestehenden Strukturen zu stärken und keine neue Strukturen schaffen (so auch GKV), ○ die (Versorgungs-)Kapazitäten im ambulanten, hausärztlichen Bereich zu stärken, da ein hoher Beratungsaufwand notwendig sei, der nicht ausreichend finanziell abgebildet sei. • Die KBV bietet an, dass die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Dokumente (z.B. von den Unfallversicherungen und zur Nutzung ambulanter Rehabilitation) in ihr Internetangebot für Vertragsärzte einstellen könnten.
<p>TOP 4 (intern)</p>	<p>Interne Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie schätzt die IMA die Versorgungslage ein? • Wo sieht die IMA weiteren Handlungsbedarf?
	<p>Die interne Diskussion zwischen den Ressorts ergibt zu den einzelnen Themenkomplexen folgendes Stimmungsbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das hausärztliche Versorgungsmodell als primäre(r) Ansprechpartnerin / Ansprechpartner der Long- bzw. Post-COVID Patientinnen und Patienten findet in der IMA breite Unterstützung. • Der Aufbau spezifischer Sonderstrukturen, wie z.B. einer ambulant spezialisierten Versorgung in Form von Schwerpunktpraxen analog § 116b SGBV, erscheint zum jetzigen Zeitpunkt nicht notwendig. • Die Nutzung der an den Hochschulen entstandenen Spezialambulanzen zu Long-COVID mit einem kombinierten Versorgungs- und Forschungsauftrag ist sinnvoll. • Es bleibt festzuhalten, dass die Selbstverwaltung bereits Probleme (wie die der Heilmittelregresse) angeht. Die Selbstverwaltung kann ggf. auch bei der Vergütung „nachsteuern“. Ggf. kann die Selbstverwaltung auch G-BA Richtlinien anpassen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hinsichtlich der Frage ausreichender hausärztlicher Kapazitäten liegen keine neuen Aspekte oder Informationen vor. • Den Hausärztinnen und Hausärzten stehen Überweisungsmöglichkeiten zu spezialisierten Versorgungsstrukturen (wie Fachärzten und Krankenhäusern) grundsätzlich offen. • Hinsichtlich der Thematik Leitlinien bleibt die Veröffentlichung der S1-Leitlinie unter Federführung der DGP abzuwarten. • Die Mitglieder der IMA stellen fest, dass einerseits weitere Forschung zur Erkundung des Krankheitsbildes und der Therapien notwendig sei, andererseits die große Zahl an behandlungsbedürftigen Patienten und Patientinnen aber jetzt (hausärztlich) versorgt werden müsse. Zudem müsste der Übergang von der ambulanten zur stationären Behandlung in den Blick genommen sowie Probleme im Heilmittelbereich (Ergotherapie, Logopädie), insbesondere hinsichtlich der Verordnungsmöglichkeiten und der Beseitigung eines Regress-Risikos, angegangen werden. Die Vernetzung des ambulanten Bereichs mit den anderen Sektoren sei zudem verbesserungsbedürftig. • Hinsichtlich des weiteren Aufbaus von Forschungsstrukturen an Hochschulambulanzen ist ein behutsamer Aufbau notwendig, z.B. welche Daten sollen seitens der Hochschulambulanzen erhoben und ausgewertet werden. • Hinsichtlich der Haushaltshilfen: Diese sind im SGB V, SGB VI und SGB VII bereits vorgesehen und bisher seien hier keine Long-COVID-spezifische Probleme bekannt. • Telekonsile und ärztliche Videoberatungen (Sprechstunde) sind auch jetzt schon bei ambulanten Leistungserbringern, mit Ausnahme der ambulant tätigen Rehabilitations-Leistungserbringer, möglich und werden bereits durchgeführt. • Es bleibt fraglich, ob hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> ○ eines vereinfachten Zugangs zu ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen sowie ○ der Heilmittelversorgung (behaupteten Engpässen bei Physio- und Ergotherapie) Nachsteuerungsbedarf besteht. • In Hinsicht auf den Nachweis länger zurückliegender Infektionen mit dem SARS-CoV-2-Virus ist ein erheblicher diagnosti-
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>scher Aufwand und ggf. eine umfangreiche Ausschlussdiagnostik notwendig. Es ist fraglich, ob derzeit in allen Fällen ausreichend spezifische und valide Biomarker zum Nachweis einer Infektion zur Verfügung stehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationswege für die Betroffenen und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte müssen verbessert werden. In diesem Zusammenhang wird begrüßt, dass seitens der KBV ein direkter Informationskanal (Praxis News Letter) offeriert wird, der etwa auch von Reha-Trägern zur Übermittlung von Informationen zur medizinischen Rehabilitation genutzt werden kann. Auch die DEGAM ist zur Information einzubeziehen.
<p>TOP 5 (intern)</p>	<p>Zusammenfassung und Ausblick</p>
	<p>In der abschließenden Zusammenfassung hält Frau Dr. Schwartz fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In der aktuellen Sitzung der IMA ist es Konsens, dass die Hausärztinnen und Hausärzte das „Eingangstor“ der Versorgung von Long- bzw. Post-COVID Patientinnen und Patienten bilden. • Komplexe Behandlungsfälle sollen an die in den Hochschulen entstandenen Spezialambulanzen zu Long-COVID überwiesen werden. • Kurz- und mittelfristig besteht weiterer Bedarf an Forschung, insbesondere hinsichtlich des Krankheitsbildes, der Netzwerk-Bildung und der Versorgungsforschung. • Kurzfristig sind folgende Themenbereiche zu prüfen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Die flächendeckende Verfügbarkeit von Heilmitteln, ○ Die flächendeckende Verfügbarkeit von telemedizinischen Beratungsangeboten. ○ Die Gewährung von Haushaltshilfen für Long-COVID-Betroffene. • Referat 223 des BMG wird gebeten, ergänzende Stellungnahmen zu den angesprochenen Prüfpunkten im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu übersenden. Referat 223 sagt zu, zur Frage der Gewährung von Haushaltshilfen bei Long-COVID durch die Krankenkassen den GKV-Spitzenverband zu befragen.



Ambulante und stationäre Versorgung von Long-COVID: Diagnose, Therapie, Nachsorge *Kinder und Jugendliche*

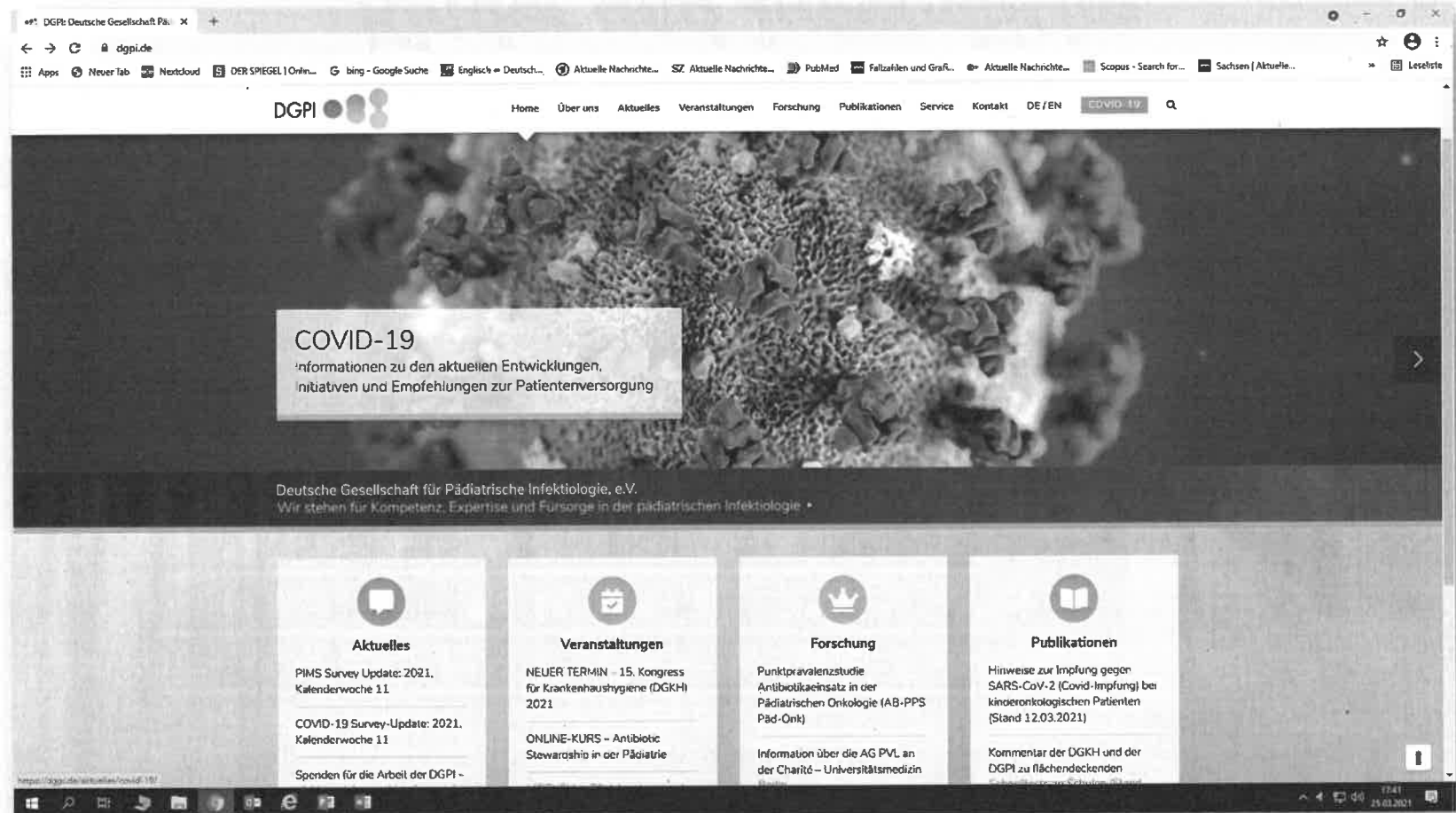
BMG – IMA 13. Juli 2021

Reinhard Berner

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Anlage I:
In Dresden

<https://dgpi.de/covid-19-survey-update>



online seit 18.3.2020

COVID-19

Informationen zu den aktuellen Entwicklungen,
Initiativen und Empfehlungen zur Patientenversorgung

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, e.V.
Wir stehen für Kompetenz, Expertise und Fürsorge in der pädiatrischen Infektiologie ▶



Aktuelles



Veranstaltungen



Forschung



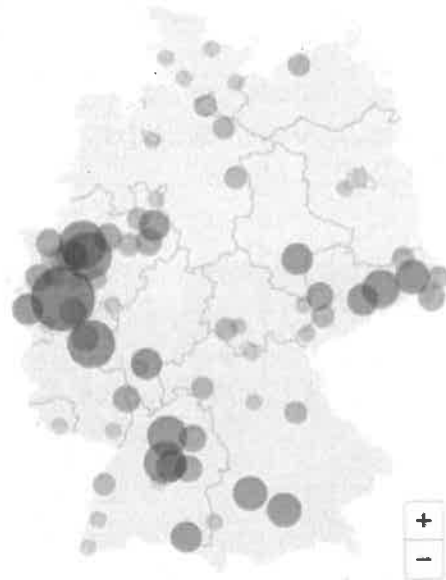
Publikationen

<https://dgpi.de/covid-19-survey-update>



Im April 2021 gemeldete COVID-19 Fälle

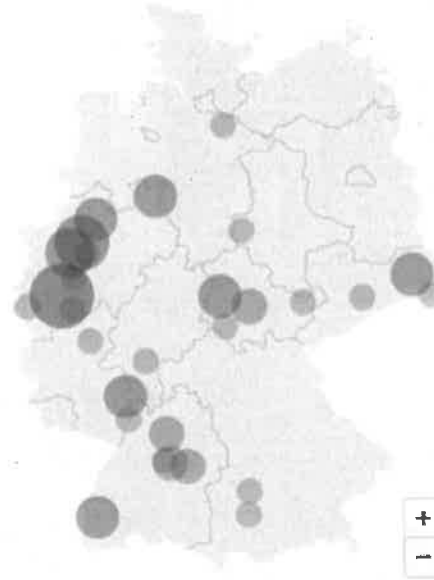
Gemeldete Fälle von 01.01.2020 - 31.05.2021



Grafik: Im DGPI COVID-Survey gemeldete stationär behandelte Kinder und Jugendliche mit SARS-CoV-2 Direktnachweis in Deutschland
 • Quelle: DGPI COVID-19 Survey • Einbetten •
 Erstellt mit Datawrapper

Im Mai 2021 gemeldete COVID-19 Fälle

Gemeldete Fälle von 01.01.2020 - 31.05.2021



Grafik: Im DGPI COVID-Survey gemeldete stationär behandelte Kinder und Jugendliche mit SARS-CoV-2 Direktnachweis in Deutschland
 • Quelle: DGPI COVID-19 Survey • Einbetten •
 Erstellt mit Datawrapper

Stand 27.6.2021

Zu den auffälligen Zahlen der bisher gemeldeten COVID-19 Fällen gehören:



179

Meldende Zentren



1650

Stationäre COVID-19
Aufnahmen



5%

Patienten auf ICU
(n=84)

<https://dgpi.de/covid-19-survey-update>

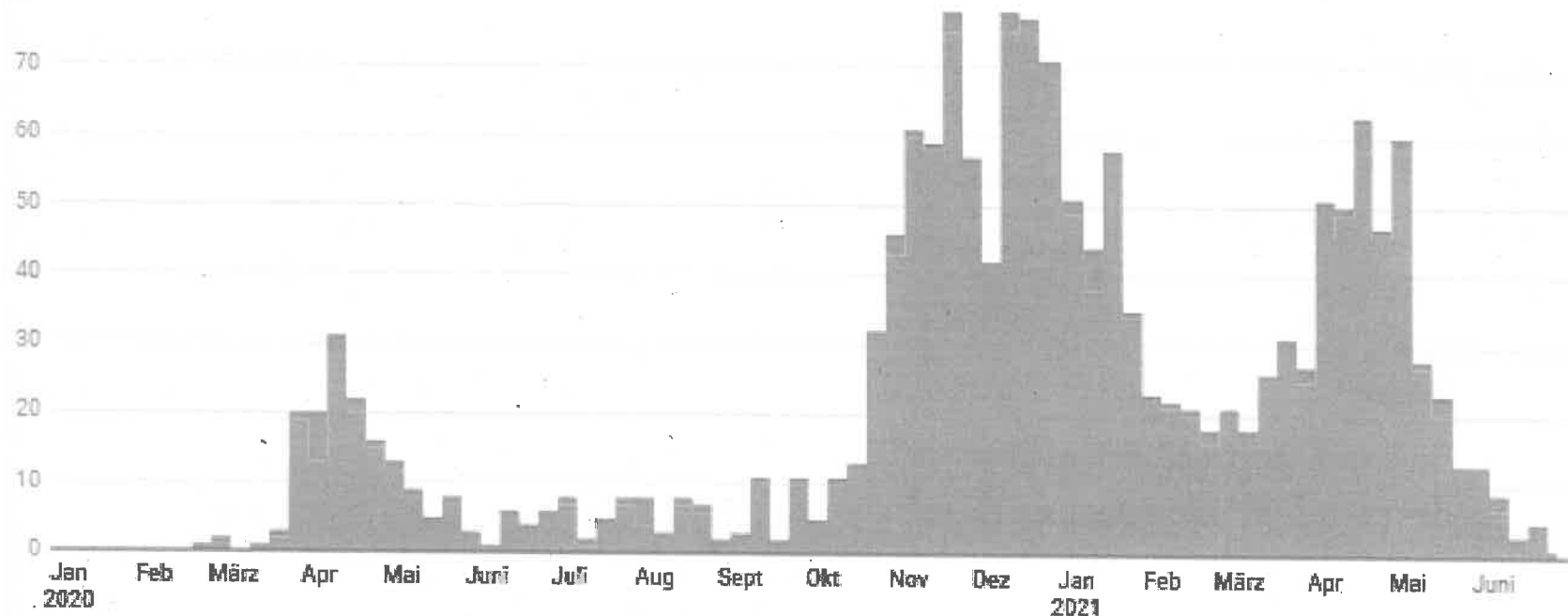


Stand 27.6.2021

Wöchentliche stationäre COVID-19 Aufnahmen

Gemeldete Fälle seit 01.01.2020. Daten aktualisiert am 27.06.2021.

Anzahl Normalstation
 Anzahl Intensivstation



Grafik: Im DGPI COVID-Survey gemeldete stationär behandelte Kinder und Jugendliche mit SARS-CoV-2 Direktnachweis in Deutschland oder Österreich. • Quelle: DGPI COVID-19 Survey • Einbetten • Erstellt mit Datawrapper

Quelle: <https://datawrapper.dwcdn.net/81WqT/20/>

Bearbeiten



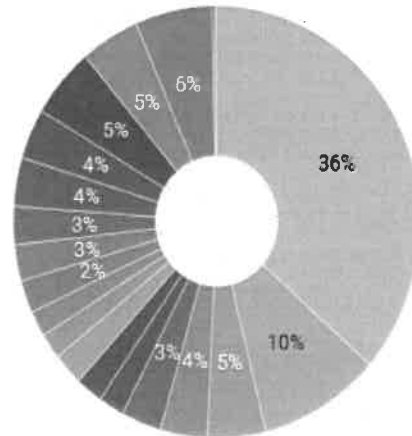
<https://dgpi.de/covid-19-survey-update>

Stand 27.6.2021

Alter in Jahren

Gemeldete Fälle von 01.01.2020 - 04.07.2021

- <1 Jahr (36%)
- 1 Jahr (10%)
- 2 Jahre (5%)
- 3 Jahre (4%)
- 4 Jahre (3%)
- 5 Jahre (2%)
- 6 Jahre (2%)
- 7 Jahre (2%)
- 8 Jahre (2%)
- 9 Jahre (2%)
- 10 Jahre (2%)
- 11 Jahre (3%)
- 12 Jahre (3%)
- 13 Jahre (4%)
- 14 Jahre (4%)
- 15 Jahr (5%)
- 16 Jahr (5%)
- 17 Jahr (6%)
- 18 Jahr (0%)
- 19 Jahr (0%)



Grafik: Im DGPI COVID-Survey gemeldete stationär behandelte Kinder und Jugendliche mit SARS-CoV-2 Direktnachweis in Deutschland oder Österreich. • Quelle: DGPI COVID-19

Quelle:

<https://datawrapper.dwcdn.net/BoB>

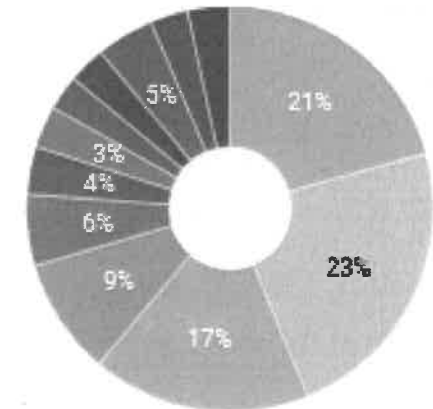
Bearbeiten

Webviewer Nutzungsbedingungen
| Datenschutz und Cookies

Alter in Monaten, wenn <1 Jahr

Gemeldete Fälle von 01.01.2020 - 27.06.2021

- <1 Monat (21%)
- 1 Monat (23%)
- 2 Monate (17%)
- 3 Monate (9%)
- 4 Monate (6%)
- 5 Monate (4%)
- 6 Monate (3%)
- 7 Monate (3%)
- 8 Monate (3%)
- 9 Monate (5%)
- 10 Monate (3%)
- 11 Monate (3%)



Grafik: Im DGPI COVID-Survey gemeldete stationär behandelte Kinder und Jugendliche mit SARS-CoV-2 Direktnachweis in Deutschland oder Österreich. • Quelle: DGPI COVID-19 Survey • Einbetten • Erstellen mit Datawrapper

Quelle:

<https://datawrapper.dwcdn.net/z>

Bearbeiten

Webviewer
Nutzungsbedingungen |

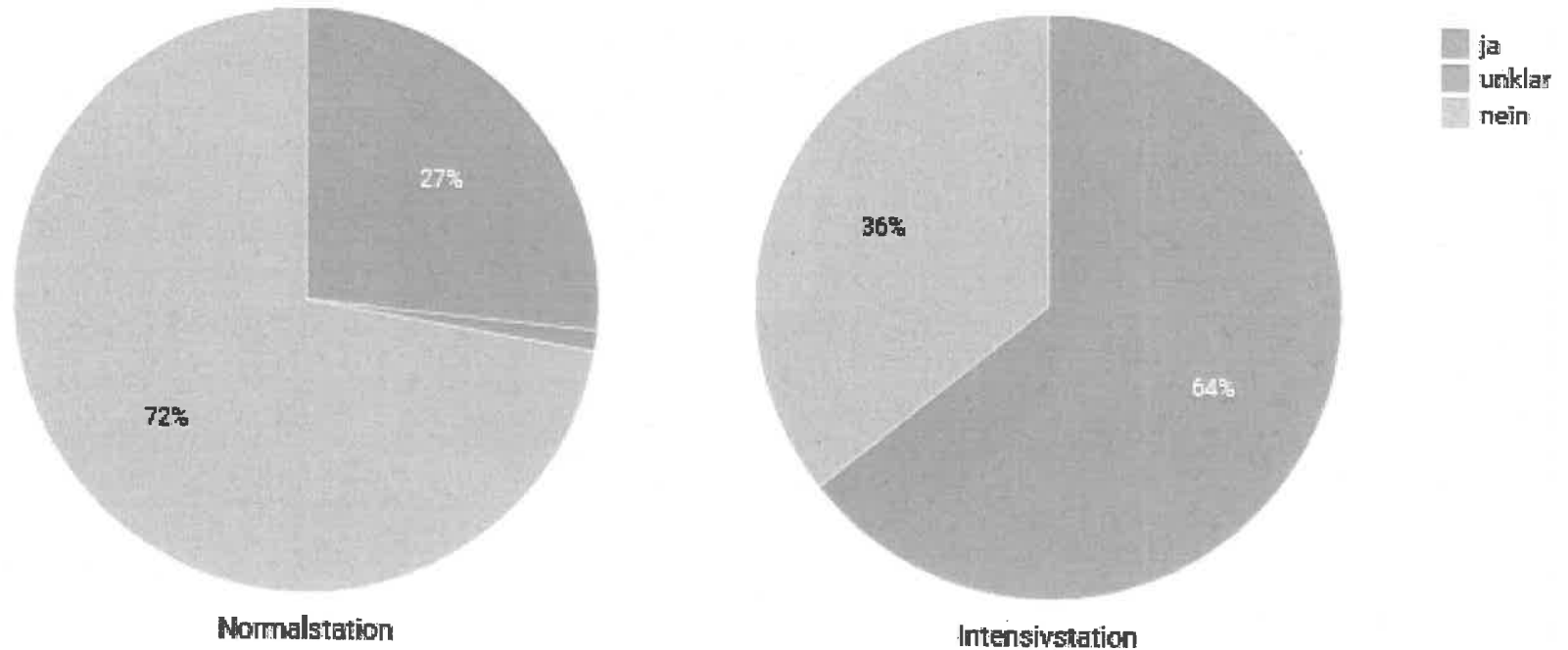


<https://dgpi.de/covid-19-survey-update>

Stand 27.6.2021

COVID-19 Begleiterkrankungen, Normalstation vs. Intensivstation

Gemeldete Fälle von 01.01.2020 - 27.06.2021



Grafik: Im DGPI COVID-Survey gemeldete stationär behandelte Kinder und Jugendliche mit SARS-CoV-2 Direktnachweis in Deutschland oder Österreich. • Quelle: DGPI COVID-19 Survey • Einbetten • Erstellt mit Datawrapper

Quelle: <https://datawrapper.dwcdn.net/t4PG0/13/>

Bearbeiten

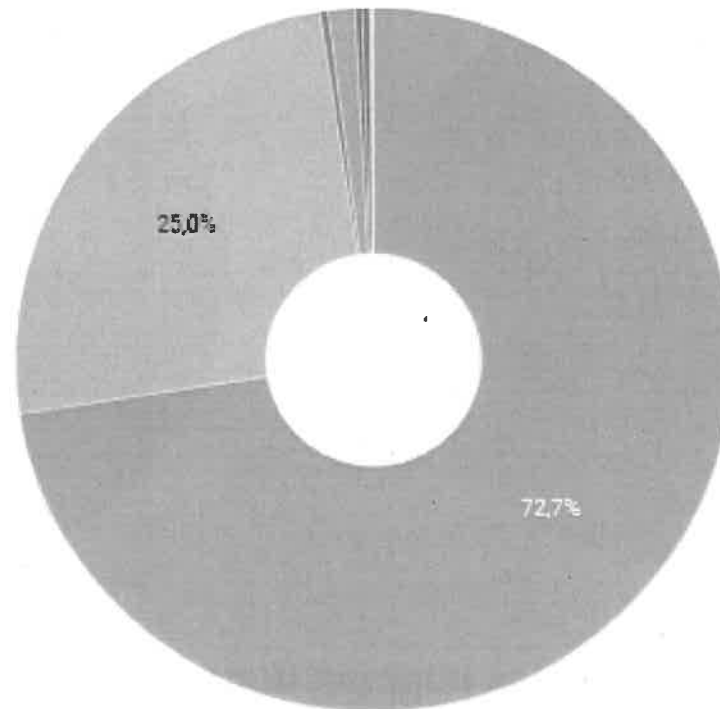


<https://dmpi.de/covid-19-survey-update>

COVID-19 Outcome bei Entlassung

Gemeldete Fälle von 01.01.2020 - 27.06.2021

Stand 27.6.2021



- Restitutio ad integrum (72,7%)
- Restsymptome (25,0%)
- Folgeschäden (0,4%)
- Verlegung in andere Klinik (1,2%)
- Palliative Therapie aufgrund einer anderen Grunderkrankung (0,3%)
- Verstorben an COVID-19 (0,4%)

Quelle: <https://datawrapper.dwcdn.net/dZs3D/18/>

Bearbeiten

<https://dgpi.de/covid-19-survey-update>

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, e.V.

DGPI

Home Über uns Aktuelles Veranstaltungen , Forschung Publikationen Service Kontakt DE/EN COVID-19

COVID-19 Infoseite
Information zu den aktuellen Entwicklungen,
Initiativen und Empfehlungen zur
Patientenversorgung

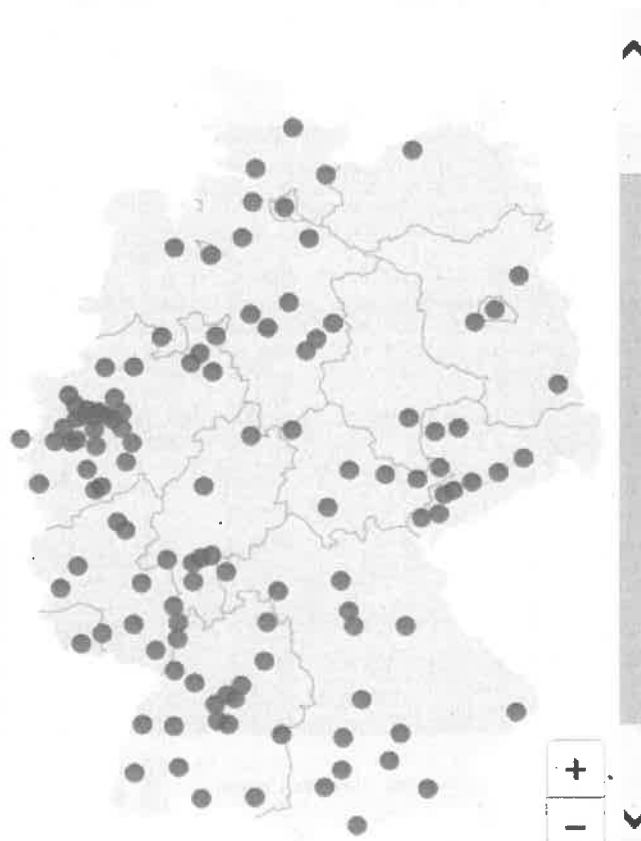
Aufnahme-Meldung &
 COVID-19 News
 COVID-19 Publikationen

COVID-19
COVID-19 Infoseite
COVID-19 News
COVID-19 Publikationen

online seit 28.5.2020



<https://dgpi.de/covid-19-survey-update>



Quelle:
<https://datawrapper.dw>

Bearbeiten
Webviewer

Nutzungsbedingungen |

Stand
13.06.2021



156

Meldende Zentren



349

gemeldete PIMS Fälle



6%

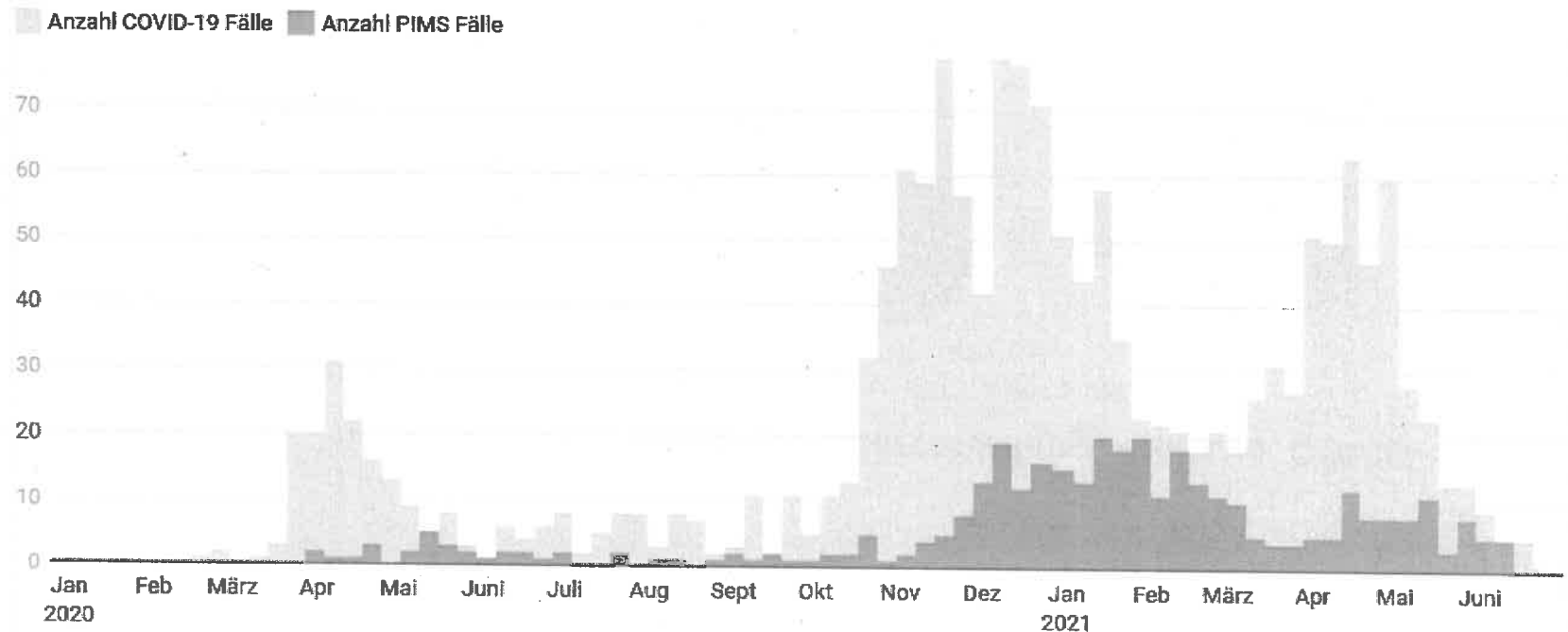
mit Folgeschäden

<https://dgpi.de/covid-19-survey-update>



Wöchentliche PIMS- und COVID-19 Fälle

Gemeldete Fälle seit 01.01.2020. Daten aktualisiert am 27.06.2021.



Grafik: Im DGPI COVID-Survey gemeldete stationär behandelte Kinder und Jugendliche mit SARS-CoV-2 Direktnachweis sowie im DGPI PIMS-Survey gemeldete Kinder und Jugendliche mit Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS) in Deutschland oder Österreich. • Quelle: DGPI COVID-19 und PIMS Surveys • Einbetten • Erstellt mit Datawrapper

Quelle: <https://datawrapper.dwcdn.net/V2Qeq/16/>

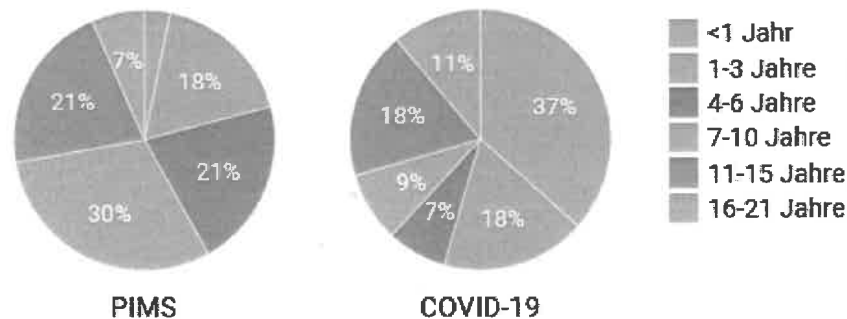
Bearbeiten



<https://dgpi.de/covid-19-survey-update>

Nach Altersgruppe, PIMS vs. COVID-19

Gemeldete Fälle von 01.01.2020 - 27.06.2021



Grafik: Im DGPI COVID-Survey gemeldete stationär behandelte Kinder und Jugendliche mit SARS-CoV-2 Direktnachweis sowie im DGPI PIMS-Survey gemeldete Kinder und Jugendliche mit Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS) in Deutschland oder Österreich. • Quelle: DGPI COVID-19 und PIMS Surveys • Einbetten • Erstellt mit Datawrapper

Quelle:

<https://datawrapper.dwcdn.net/k0l>

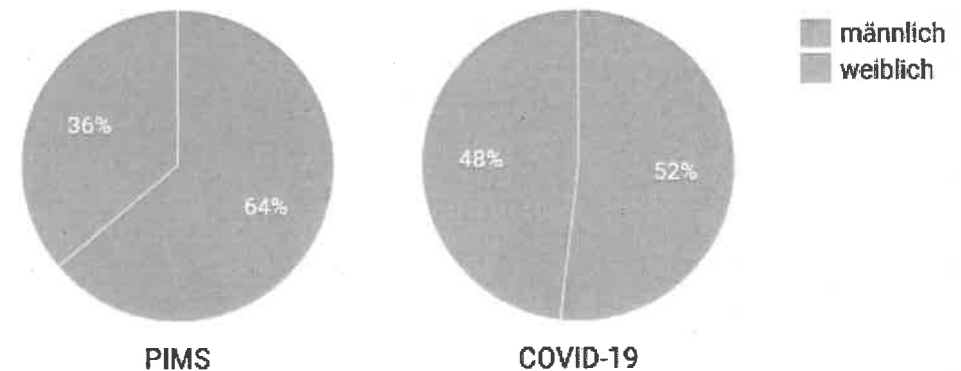
Bearbeiten

Webviewer

Nutzungsbedingungen |

Geschlechterverteilung, PIMS vs. COVID-19

Gemeldete Fälle von 01.01.2020 - 27.06.2021



Grafik: Im DGPI COVID-Survey gemeldete stationär behandelte Kinder und Jugendliche mit SARS-CoV-2 Direktnachweis sowie im DGPI PIMS-Survey gemeldete Kinder und Jugendliche mit Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS) in Deutschland oder Österreich. • Quelle: DGPI COVID-19 und PIMS Surveys • Einbetten • Erstellt mit Datawrapper

Quelle:

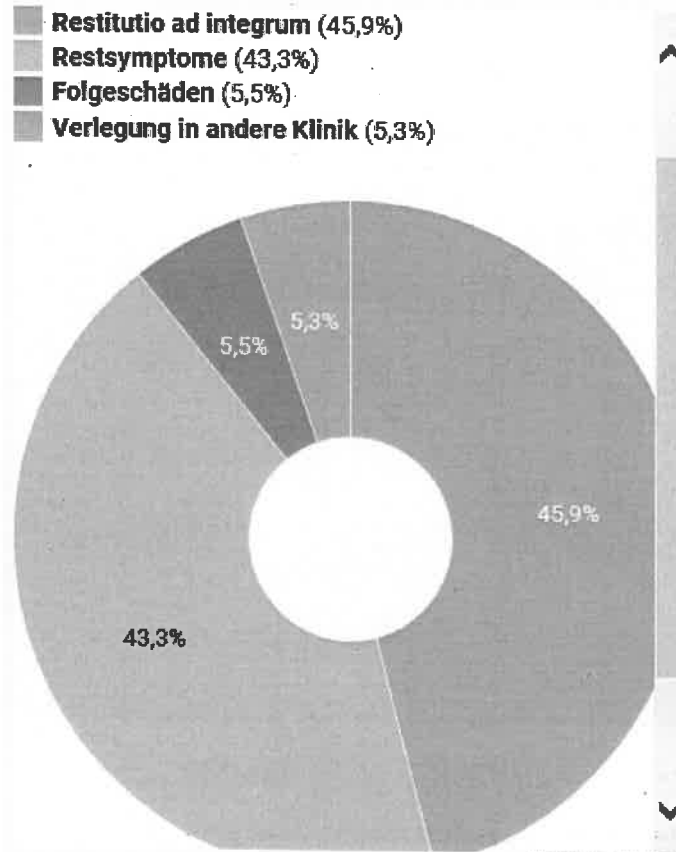
<https://datawrapper.dwcdn.net/3sn8n/>

Bearbeiten

Webviewer Nutzungsbedingungen |

Datenschutz und Cookies

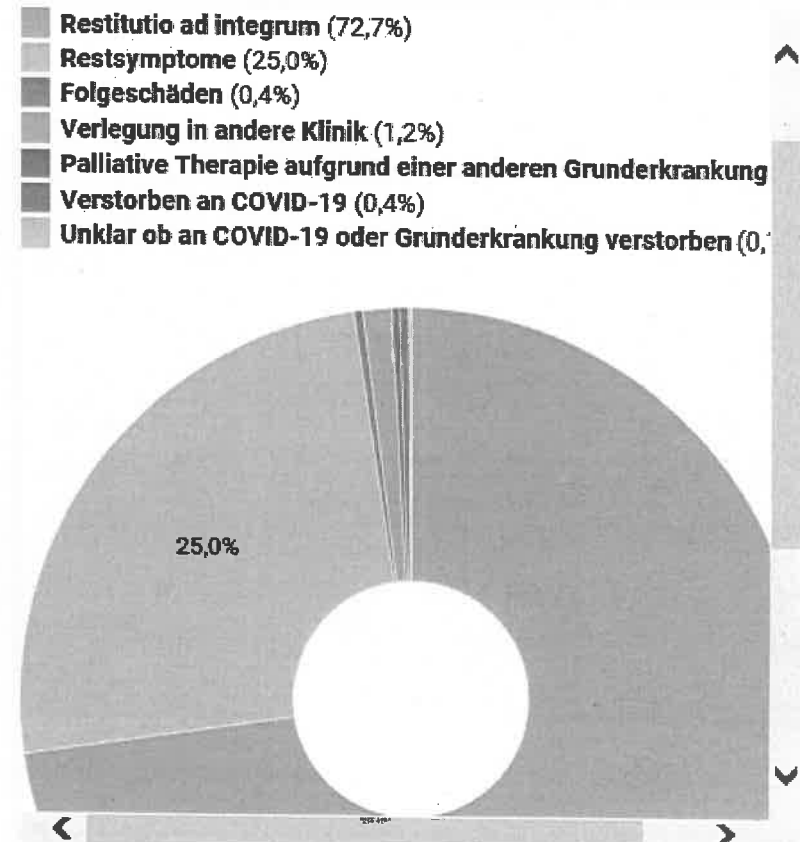
<https://dgpi.de/covid-19-survey-update>



Quelle:
<https://datawrapper.dwcd>

Webviewer

Nutzungsbedingungen |



Quelle:
<https://datawrapper.dwcdn.net>

Webviewer

Nutzungsbedingungen |

<https://dgpi.de/post-covid-19-survey/>

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, e.V.

DGPI

Home Über uns Aktuelles Veranstaltungen Forschung Publikationen Service Kontakt DE/EN COVID-19

COVID-19 Infoseite
Information zu den aktuellen Entwicklungen,
Initiativen und Empfehlungen zur
Patientenversorgung

Aufnahme-Meldung &

COVID-19 News

COVID-19 Publikationen

COVID-19

- COVID-19 Infoseite
- COVID-19 News
- COVID-19 Publikationen

online seit 11.4.2021

<https://de.longcovidkids.org/>



Tummy A



Rash

Chest Pain

He



Sore Throat

Unusual Distress

Pain

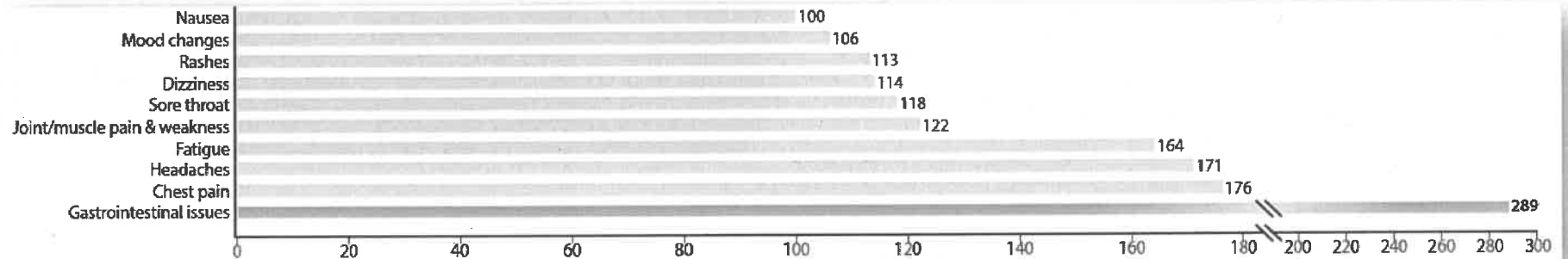
<https://de.longcovidkids.org/>



LongCovidKids.Org

Long Covid Kids Rapid Survey January 2021 Presenting Symptoms and their Reported Incidence

Top 10 symptoms



medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.11.21257037>

Sächsische Schulstudie

- 1522 Schüler*innen im Alter 15 Jahre (Median)
- 1338 (88%) seronegative, 184 (12%) seropositiv.

	seronegative	seropositive
Age (median/IQR)	15 (14-16)	15 (14-17)
female (n/%)	743 (56)	104 (57)
Household size (median/IQR)	4 (3-5)	4 (4-5)

medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.11.21257037>

	none		Any		p	minor		quite		severe		very severe	
	-	+	-	+		-	+	-	+	-	+	-	+
Difficulty concentrating	272 (20,9)	33 (19,0)	1028 (79,1)	141 (81,0)	NS	495 (53,5)	96 (55,2)	225 (17,3)	23 (13,2)	87 (6,7)	18 (10,3)	21 (1,6)	4 (2,3)
Memory loss	692 (53,2)	84 (48,3)	609 (46,8)	90 (51,7)	NS	471 (36,2)	59 (33,9)	103 (7,9)	18 (10,3)	26 (2,0)	12 (6,9)	9 (0,7)	1 (0,6)
Listlessness	247 (19,0)	37 (21,3)	1052 (81,0)	137 (78,7)	NS	419 (37,6)	64 (36,8)	320 (24,6)	35 (20,1)	177 (13,6)	29 (16,7)	66 (5,1)	9 (5,2)
Headache	587 (45,2)	67 (38,5)	712 (54,8)	107 (61,5)	NS	376 (28,9)	49 (28,2)	230 (17,7)	38 (21,8)	82 (6,3)	19 (10,9)	24 (1,8)	1 (0,6)
Abdominal pain	781 (60,1)	93 (53,4)	519 (39,9)	41 (46,6)	NS	309 (23,8)	43 (24,7)	148 (11,4)	25 (14,4)	50 (3,8)	7 (4,0)	12 (0,9)	6 (3,4)
Myalgia/Arthralgia	833 (64,0)	113 (64,9)	468 (36,0)	61 (35,1)	NS	304 (23,4)	36 (20,7)	124 (9,5)	18 (10,3)	33 (2,5)	6 (3,4)	7 (0,5)	1 (0,6)
Fatigue	812 (62,5)	105 (60,3)	488 (37,5)	69 (39,7)	NS	319 (25,3)	42 (24,1)	119 (9,2)	19 (10,9)	31 (2,4)	8 (4,6)	9 (0,7)	0 (0)
	Never		at least once		p	once		multiple times					
	-	+	-	+		-	+	-	+				
Insomnia	443 (34,2)	65 (37,4)	854 (65,8)	109 (62,6)	NS	412 (31,8)	50 (28,7)	442 (34,1)	59 (33,9)				
sad	442 (34,0)	72 (41,4)	859 (66,1)	102 (58,6)	NS	417 (32,1)	51 (29,3)	442 (34,0)	51 (29,3)				
Angry	413 (31,8)	57 (32,8)	887 (68,1)	117 (67,2)	NS	495 (38,1)	72 (41,4)	392 (30,2)	45 (25,9)				
happy	15 (1,2)	4 (2,3)	1286 (98,8)	170 (97,7)	NS	86 (6,6)	7 (4,0)	1200 (92,2)	163 (93,7)				
tense	179 (13,8)	21 (12,1)	1121 (86,2)	153 (87,9)	NS	492 (37,8)	72 (41,4)	629 (48,4)	81 (46,6)				

medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.11.21257037>

	none		Any		p
	known infection	unknown infection	known infection	unknown infection	
Difficulty concentrating	20 (21,5)	13 (16,0)	73 (78,5)	68 (84,0)	NS
Memory loss	43 (46,2)	41 (50,6)	50 (53,8)	40 (49,4)	NS
Listlessness	18 (19,4)	19 (23,5)	75 (80,6)	62 (76,5)	NS
Headache	38 (40,9)	29 (35,8)	55 (59,1)	52 (64,2)	NS
Abdominal pain	51 (54,8)	42 (51,9)	42 (45,2)	39 (48,1)	NS
Myalgia/Arthralgia	60 (64,5)	53 (65,4)	33 (35,5)	28 (34,6)	NS
Fatigue	58 (62,4)	47 (58,0)	35 (37,6)	34 (42)	NS
	Never		at least once		p
	known infection	unknown infection	known infection	unknown infection	
Insomnia	34 (36,6)	31 (38,3)	59 (63,4)	50 (61,7%)	NS
sad	37 (39,8)	35 (43,2)	56 (60,2)	46 (56,8)	NS
Angry	27 (29,0)	30 (37,0)	66 (71,0)	51 (63,0)	NS
happy	1 (1,1)	3 (3,7)	92 (98,9)	78 (96,3)	NS
tense	9 (9,7)	12 (14,8)	84 (90,3)	69 (85,2)	NS

medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.16.21257255>

Long-term symptoms after SARS-CoV-2 infection in school children: population-based cohort with 6-months follow-up

SHORT REPORT

Thomas Radtke PhD*; Agne Ulyte MD PhD*; Milo A Puhan MD PhD; Susi Kriemler MD

Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute (EBPI), University of Zurich,

Hirschengraben 84, 8001 Zürich, Switzerland

medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.16.21257255>

Ciao Corona study - Zürich

Overall, 1355 of 2503 children with a serology result in October/November 2020 and follow up questionnaire in March-May 2021 were included.

Among seropositive and seronegative 6- to 16-year-old children, 9% versus 10% reported at least one symptom beyond 4 weeks, and 4% versus 2% at least one symptom beyond 12 weeks.

medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.06.21256755>

Methods

Working on behalf of NHS England, we used OpenSAFELY data encompassing 96% of the English population. We measured the proportion of people with a recorded code for long COVID, overall and by demographic factors, electronic health record software system, and week. We also measured variation in recording amongst practices.

Attribute	Category	TPP			EMIS			Combined				
		Long COVID	Column %	Rate per 100,000	Long COVID	Column %	Rate per 100,000	Long COVID	Column %	Rate per 100,000	Lower 95% CI	Upper 95% CI
Total		5,011	100.0	20.9	18,262	100.0	53.7	23,273	100.0	40.1	39.6	40.6
Age group	0-17	94	1.9	1.9	248	1.4	3.6	342	1.5	2.9	2.6	3.2
	18-24	177	3.5	9.3	684	3.7	23.7	861	3.7	18.0	16.8	19.2
	25-34	592	11.8	17.7	2,267	12.4	45.7	2,859	12.3	34.4	33.2	35.7
	35-44	1,033	20.6	32.1	4,077	22.3	85.9	5,110	22.0	64.1	62.4	65.9
	45-54	1,392	27.8	43.1	5,183	28.4	114.0	6,575	28.3	84.5	82.5	86.6
	55-69	1,361	27.2	32.4	4,869	26.7	85.5	6,230	26.8	62.9	61.4	64.5
	70-79	261	5.2	12.5	693	3.8	25.7	954	4.1	20.0	18.7	21.2
	80+	101	2.0	8.3	241	1.3	15.1	342	1.5	12.2	10.9	13.5

- Long COVID bei Kindern existiert!
- In welcher Dimension ist heute noch nicht abzusehen.
 - 1. Forderung: Epidemiologie valide erfassen.
 - 2. Forderung: Strukturierte Diagnostik
 - 3. Forderung: Strukturiertes Behandlungskonzept
 - 4. Forderung: Behandlungs-Ressourcen

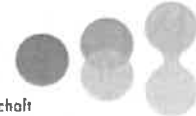
Nachsorge von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit PIMS-TS bzw. MIS-C bzw. MIS-A



ARBEITSGEMEINSCHAFT
PÄDIATRISCHE IMMUNOLOGIE

DGPI

Deutsche Gesellschaft
für Pädiatrische Infektiologie e.V.



DGPK



GKJR

Gesellschaft für
Kinder- und Jugend-
rheumatologie



GPGE

Gesellschaft für Pädiatrische
Gastroenterologie und Ernährung e.V.

Strukturierte Nachsorge von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome, Temporarily-associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS) bzw. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) bzw. in Adults (MIS-A)

Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie (API), Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI e.V.), Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborenen Herzfehler (DGPK e.V.), Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) und Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE e.V.)

Nachsorge von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit PIMS-TS bzw. MIS-C bzw. MIS-A



ARBEITSGEMEINSCHAFT
PÄDIATRISCHE IMMUNOLOGIE

DGPI

Deutsche Gesellschaft
für Pädiatrische Infektiologie e.V.



DGPK



GKJR

Gesellschaft für
Kinder- und Jugend-
rheumatologie



GPGE

Gesellschaft für Pädiatrische
Gastroenterologie und Ernährung e.V.

Wann soll die poststationäre Nachsorge erfolgen?

- **1-2 Wochen:** individuell bei immunsuppressiver Therapie, Antikoagulation oder kardialer Beteiligung*
- **4-6 Wochen:** für alle PIMS-TS Patienten
- **3-4 Monate:** für alle PIMS-TS Patienten
- **6 Monate:** individuell bei kardialer Beteiligung*
- **12 Monate (+/- 1 Monat):** für alle PIMS-TS Patienten
- **24 Monate (+/- 2 Monate):** individuell bei kardialer Beteiligung oder Kawasaki-(like)-Syndrom

*kardiale Beteiligung: Myokarditis/ingeschränkte Herzfunktion, Vaskulitis / Koronararterienpathologie, Polyserositis (u.a. Perikarditis / Perikarderguss), Valvulitis, erhöhtes NT-proBNP oder Troponin I/T, EKG-Veränderungen indikativ für kardiale Pathologie

Inhalte des Nachsorgeprogramms:

1. **Detaillierte Anamnese:**

- Geruchs-, Geschmacksauffälligkeiten?
- Appetit, Gewichtsverlauf?
- Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall?
- Kopfschmerzen (idem/neu/verstärkt, täglich/mehrfach pro Woche/1x/Wo/<1x/Wo)?^{etc}
- Schwindel (idem/neu/verstärkt, täglich/mehrfach pro Woche/1x/Wo/<1x/Wo)?
- Parästhesien (idem/neu/verstärkt, wo)?
- Krampfanfall (generalisiert/fokal, Therapie ja/nein)?
- Sehvermögen?



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS



DIE DEUTSCHEN
UNIVERSITÄTSKLINIKA®

Anlage II: VUD

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. | Alt-Moabit 96 | 10559 Berlin

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.

Stellungnahme Herr Prof. Scholz, VUD

im Rahmen der Sitzung der Interministeriellen Arbeitsgruppe (IMA) Long-COVID am
13.7.2021

herzlichen Dank für die Möglichkeit für den Verband Universitätsklinika Deutschland hier Stellung nehmen zu können zu einer Ausprägung der SARS-Cov-2 Infektion, die uns in ihrem medizinischen Verlauf überrascht hat. Sie haben von Long COVID gesprochen, besser müsste man diese neue Erkrankungsentität als „Post COVID Syndrom“ bezeichnen. Denn es geht nicht schlicht um langanhaltende Symptome einer Intensivbehandlung etwa. Es geht um

- Patientinnen und Patienten, die dauerhaft massive Einschränkungen ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit wahrnehmen,
- es geht um Patienten, die in der zeitlichen Folge einer COVID Erkrankung ganz neue Symptome entwickeln,
- und damit geht es auch um die Frage, welche langfristigen Wirkungen die COVID Erkrankung und die SARS-Cov-2 Infektion auf die weitere Gesundheit der Betroffenen haben: Werden früher oder vermehrt kardiologische, pneumologische, oder neurologische Krankheiten auftreten, vermehrte Entzündungsgeschehen sich einstellen etc.
- Das heißt, auch die Frage der veränderten Entwicklung und Ausprägung von (multi-) Morbidität im Alter und vorzeitigen Alterungsprozessen stellt sich.
- Zu bedenken sind zudem die Kinder, die eine Infektion durchlaufen haben. Bei ihnen besteht in der Folge die Gefahr, dass das Post-COVID-Syndrom mit seinen kognitiven Defekten einfach unter Entwicklungsstörungen und Konzentrationsdefizite subsumiert und damit falsch behandelt wird.

Deshalb ist das **Post COVID Syndrom als eigenes Krankheitsbild** zu klassifizieren, das keiner Disziplin allein gehört! Es ist im Gegenteil interdisziplinär zu erforschen und transsektoral in der Versorgung abzubilden.

Vertretung des Verbandes: Prof. Dr. Jens Scholz (1. Vorsitzender), Jens Bussmann (Generalsekretär), Sitz/Verbandsregister: Berlin, Amtsgericht Charlottenburg, VR 25885. Deutsche Bank AG, IBAN: DE23 1007 0000 0733 6860 00, BIC: DEUTDE 33 XXX

Alt-Moabit 96 | 10559 Berlin | T. +49 (0)30 3940 517-0 | F. +49 (0)30 3940 517-17 | Info@uniklinika.de | www.uniklinika.de



Für die Uniklinika muss ich daher mehrere Ebenen adressieren:

Forschung:

1. Wie im Nationalen Netzwerk Universitätsmedizin NUM begonnen muss **langfristig und nachhaltig populationsrepräsentativ** geforscht werden, um wirklich valide Aussagen machen zu können. Prof. Bahmer, UKSH, hatte vor Ihrem Gremium bereits letzte Woche zu den Forschungen an der Langzeit-Kohorte des NAPKON – Nationales Kohorten Netzwerk im NUM – vorgetragen, die vielleicht besser als COVIDOM-Studie bekannt ist. Dort muss man langfristig eruieren, welche Entwicklung diese Population nimmt - **über 10-20 Jahre**.
2. **Mittels Versorgungs- und Interventionsstudien** müssen die Pfade der Versorgung von an dem Post-COVID Syndrom Erkrankten evidenzbasiert entwickelt und optimiert werden. Diese Studien müssen wie auch die Versorgung (s.u.) **interdisziplinär und gerne auch transektoral** aufgestellt werden. Die Hochschulmedizin kann hier Versorgungsoptimierungsstudien ggf. über NUM gemeinsam mit GBA organisiert koordinieren (Vorbild Onkologische Versorgungsforschung in CCC)

Versorgung:

Die Patientinnen (etwa 60 % weiblich) gehen zu diversen Ärzten, dort fehlt es an interdisziplinärer Interaktion, so dass sowohl die Diagnostik als auch die Versorgung häufig mangelhaft bleiben. Für die Versorgungsstrukturen auf die das BMG hinwirken könnte, muss daher gelten:

1. Das Post Covid Syndrom ist ein ambulantes Krankheitsbild.
2. Interdisziplinarität ist die Voraussetzung für eine angemessene Diagnose, eine Koordination der interdisziplinären Diagnostik und Behandlung ist notwendig.
3. Die häufig aufwändige multi-Organ-Diagnostik, die Bildgebung und weitgehende Labordiagnostik umfassen kann, sollte koordiniert vorgenommen werden.
4. Evidenzbasierte interdisziplinäre SOPS müssen entwickelt werden

Die Universitätskliniken bieten hierfür die ideale Infrastruktur, durch ihre interdisziplinäre Besetzung und die herausragende Qualität der Diagnostik und Versorgung. Es sollten daher **in den Uniklinika interdisziplinäre Post-COVID Konferenzen etabliert werden, die sich der zumeist ambulant versorgten Patientinnen und Patienten annehmen**. Ähnlich den Tumorboards der Onkologischen Zentren könnten hier auch Fälle aus den Hausarztpraxen vorgestellt und ggf. in den Häusern des VUD weiter diagnostisch versorgt werden.



Seite 3/4

Finanzierung:

Diese Aufgaben der Universitätsmedizin sind aber bisher nicht finanziert.

Der Appell des VUD lautet daher:

- Interdisziplinäre Leistungsziffern sind zu entwickeln.
- Fallkonferenzen sollten angemessen auch im Ambulanten mit Erlösen zu versehen werden.
- Der Leistungskatalog für Interdisziplinarität der Versorgung sollte auch in der Fläche als Voraussetzung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten vorgeschrieben werden, die mit Post-COVID Syndrom diagnostiziert werden. (Einer arbiträren Verselbständigung der Diagnose kann nur so Einhalt geboten werden.)

Patientinnen und Patienten die an COVID erkrankt waren und Folgeerscheinungen oder Folgeerkrankungen erleiden, bedürfen einer korrekten Diagnose, um eine angemessene und exzellente Versorgung zu erhalten. Gesellschaftlich bedeutsam ist darüber hinaus, dass die Krankheit korrekt diagnostiziert wird, um ihre wirtschaftliche Bedeutung zu verstehen.

Für die Beschäftigten und Arbeitgeber im Gesundheitswesen ergibt sich darüber hinaus noch ein zusätzliches Problem, das sich aus der besonderen Risikokonstellation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergibt. So ist die Meldung der Verdachtsfälle auf das Vorliegen einer Berufskrankheit (BK 3101, Infektionskrankheiten bei Versicherten in der Wohlfahrtspflege) im Vergleich zu den Vorjahren um ein Vielfaches angestiegen. Waren in den Jahren 2017-2019 jeweils weniger als 2000 Verdachtsfälle gemeldet, so meldet die Berufsgenossenschaft Wohlfahrtspflege BGW meldet im Mai 2021

84.728 BK-Verdachtsmeldungen BK 3101(Infektionskrankheiten)

- 31.818 (41,3%) in Kliniken
- 33.458 (33,3%) in der Pflege
- davon 53.472 anerkannt (ca. 80%)**
- sowie 77 Todesfälle (normalerweise 1-2/Jahr)

Diese Zahlen mögen ein Schlaglicht auf die Bedeutsamkeit der Problematik werfen.

Daher möchte ich im Namen des VUD summieren wollen:

Die Universitätsklinika sind fachlich, wissenschaftlich, interdisziplinär und diagnostisch prädestiniert, eine koordinierende Rolle für die Erforschung und Versorgung von Post-COVID Syndrom im Gesundheitswesen zu übernehmen¹.

¹ Dies gilt, so wie in der aktuellen Empfehlung des Deutschen Wissenschaftsrates zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem, die am gestrigen Montag veröffentlicht wurde, formuliert ganz grundsätzlich – im Kontext des post-COVID Syndroms aber in besonderem Maße! Vgl.: Der Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem (Drs. 9192-21), Juli 2021



Seite 4/4

Wir schlagen daher einen Stufenplan vor, der sektorenübergreifend für das Gesundheitssystem wünschenswert erscheint:

1. Auflage von Versorgungs- und Interventionsstudien im Kontext NUM
2. Ausrichtung der Leitlinienentwicklung an dieser Forschung
3. Aufbau einer Post-COVID Konferenzstruktur koordiniert durch die VUD Häuser für die konsiliar gestaltete, interdisziplinäre Diagnostik
4. Überführung der Erkenntnisse in die Regelversorgung

Diese Maßnahmen und Strukturen müssen sodann entsprechend im System finanziert sein (s.o.).

Herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen



IMA Long-COVID Sitzung 3

13. Juli 2021

Ambulante und stationäre Versorgung: Diagnose, Therapie, Nachsorge

I. Sachstand

a) Versorgungsbedarfe bei Langzeitfolgen nach COVID-19 oder SARS-CoV-2-Infektion

In der Versorgung von Langzeitfolgen nach COVID-19 oder SARS-CoV-2-Infektion sind zu unterscheiden:

- Patientinnen und Patienten mit einem schweren Krankheitsverlauf, die im Krankenhaus – und häufig auch intensivmedizinisch – versorgt werden mussten. Diese Gruppe hat Langzeitfolgen nach Abklingen der akuten Erkrankung, die vor allem mit der Krankheitsschwere im Zusammenhang stehen (z.B. Abbau der Atemmuskulatur und anderer Muskelgruppen). Ihr Versorgungsbedarf in Rehabilitation und Nachsorge ähnelt dem von Patientinnen und Patienten mit anderen schweren Erkrankungen nach stationärer Akutbehandlung und kann im Versorgungssystem gut adressiert werden. Aus dieser Gruppe gibt es keine Berichte über Versorgungsprobleme. Es ist zu erwarten, dass sie in der Versorgung zukünftig eine geringere Rolle haben werden, wenn aufgrund der Impfungen schwere Krankheitsverläufe seltener werden.
- Patientinnen und Patienten mit dem eigentlichen Long-COVID, das auch nach milder oder moderater Infektion auftreten kann. Für diese Gruppe gibt es nach den Berichten Betroffener eine Reihe von Versorgungsproblemen. So berichten diese, dass sie Probleme haben, einen Arzt oder eine Ärztin zu finden, der oder die ihre Beschwerden richtig einordnen, korrekt diagnostizieren und angemessen behandeln kann. Sie berichten auch von einem erheblichen Zeitverlust, bis ihnen kompetent geholfen wird. Aus diesem Grund wenden sich viele von ihnen an spezialisierte Post-COVID Ambulanzen mit der Folge, dass sie lange Wartezeiten und auch lange Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen. Auch wenn die Anzahl der Betroffenen und die Dauer der Erkrankung derzeit nicht genau bekannt sind, ist davon auszugehen, dass diese Patientengruppe in der Versorgung auch mittelfristig relevant sein wird.

Die im Folgenden dargestellten Punkte beziehen sich daher im Wesentlichen auf die zweite Gruppe, also die Long-COVID-Patientinnen und -patienten.

b) Management von Long-COVID

Viele der von den Long-COVID-Betroffenen geschilderten Probleme hängen mit der Neuartigkeit des Krankheitsbildes zusammen; es wurde erstmalig im Mai 2020 erwähnt. Zu Beginn fehlte es an Wissen über die Verbreitung von Long-COVID, über die Leitsymptome und weitere klinische Manifestationsformen, Diagnosekriterien und Behandlungsempfehlungen. Dementsprechend waren Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsfachkräfte nicht hinreichend für Long-COVID sensibilisiert, und es gab keine Informationen zum Vorgehen bei der Versorgung von Erkrankten mit Long-COVID-Verdacht. Auch Betroffenen fehlten ausreichend Informationen zu einer möglichen Long-COVID-Erkrankung und eine Orientierung über ihr Krankheitsbild. Beide Informationsaspekte werden in der Synopse zur 5. Sitzung „Kommunikation, Informationsangebote“ vertieft.

Des Weiteren kann die Diagnose von Long-COVID erschwert sein, wenn der Nachweis der vorangegangenen akuten Infektion fehlt. Dies war anfänglich aufgrund eingeschränkter Testmöglichkeiten und Priorisierungen der Testempfehlungen häufiger der Fall. Angesichts symptomarmer oder asymptomatischer Infektionsverläufe kann davon ausgegangen werden, dass nicht immer ein Testergebnis vorliegt. Die häufig eher unspezifischen oder diffusen psychischen oder körperlichen Beschwerden können zu Abgrenzungsproblemen zu anderen Erkrankungen führen und eine umfangreiche und zeitaufwändige Diagnostik notwendig machen. Ein interdisziplinäres Vorgehen ist häufig notwendig.

Bisher gibt es keine ursächliche Therapie von Long-COVID. Die Behandlung von Long-COVID erfolgt daher derzeit symptomorientiert. Es sind meist mehrere Organsysteme betroffen, sodass häufig mehrere medizinische Fachdisziplinen in der Behandlung eingebunden sind. Insbesondere betrifft dies die Allgemeinmedizin/ Pädiatrie und Lungenheilkunde, Neurologie, Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie.

Seit Beginn der Pandemie baut sich das Wissen zu SARS-CoV-2 und der COVID-19 Erkrankung stetig auf. Das Versorgungssystem hat begonnen, auf die besonderen Bedarfe von Long-COVID-Patientinnen und -Patienten, auch bei Kindern und Jugendlichen, zu reagieren.

Bereits umgesetzte und geplante Maßnahmen zum Management von Long-COVID

Ärztinnen und Ärzte benötigen ausreichend Informationen über das Krankheitsbild Long-COVID, um Patientinnen und Patienten frühzeitig zu diagnostizieren und angemessen zu versorgen. Sie erhalten eine wichtige Unterstützung durch die unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) im Juli 2021 erschienene S1-Leitlinie Post-COVID. Die Leitlinie wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin mit Beteiligung von 16 weiteren Fachgesellschaften erarbeitet. Damit

liegen erstmals konsentiert und interdisziplinär erstellte Empfehlungen für das klinische Management von Long-COVID-Patientinnen und Patienten vor. Weitere AWMF Leitlinien enthalten ebenfalls versorgungsrelevante Informationen zu Long-COVID. Dies gilt zum Beispiel für die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin „SARS-CoV-2 / COVID-19 Informationen und Praxis-Hilfen für niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte“ und die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation „SARS-CoV-2, COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation“.

c) Versorgungsstrukturen

Hausärztinnen und Hausärzte sind in der Regel die primären Ansprechpartner und -partnerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie bilden gemeinsam mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten gute Netzwerke, die eine interdisziplinäre, ambulante Versorgung sicherstellen können. In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden regelmäßig auch Long-COVID-Patientinnen und -Patienten betreut.

In einigen Regionen bestehen nach Aussage der KBV zudem bereits haus- und fachärztliche COVID-Schwerpunktpraxen, die ebenfalls als Ansprechpartner für Long-COVID-Patientinnen und -Patienten genutzt werden können.

Für schwere oder komplexe Long-COVID-Fälle stehen interdisziplinäre Spezialambulanzen im Hochschulbereich (Universitätskliniken) zur Verfügung, die Aufgaben sowohl in Forschung als auch Versorgung übernehmen. Vorteil dieser Spezialambulanzen ist, dass sie eine strukturierte vernetzte Versorgung anbieten, die Erkenntnisse aus der Forschung systematisch anwenden und ggf. kontrollierte Studien für einen weiteren Erkenntnisgewinn durchführen können. Die Vergütung der Hochschulambulanzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt unmittelbar durch die Krankenkassen und wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken vereinbart. Die Forschungskomponente wird im Rahmen des vom BMBF geförderten Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) finanziert.

Bereits umgesetzte und geplante Maßnahmen zu Versorgungsstrukturen für Long-COVID

Durch Telekonsile kann spezifisches klinisches Fachwissen über Long-COVID zügig in die Fallbehandlung einbezogen und in der Fläche genutzt werden. Die Möglichkeit zur Abrechnung telemedizinischer Leistungen (Telekonsile) erleichtert die Einholung fachspezifischer Kenntnisse und unterstützt so die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei der Behandlung von Long-COVID-Erkrankten. Sie können telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgen- und CT-Aufnahmen, Telekonsile bei patientenbezogenen interdisziplinären medizinischen Fragestellungen außerhalb ihres Fachgebiets oder auch Telekonsile bei besonders komplexen medizinischen Fragestellungen

innerhalb ihres eigenen Fachgebietes einholen. Mit dem Telekonsil beauftragt werden können Ärztinnen oder Ärzte, die im Krankenhaus oder in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind.

Auch telemedizinische Sprechstunden und Nachsorgeangebote können in der Versorgung von Long-COVID-Erkrankten von großer Bedeutung sein. Sie verbessern den Zugang zur Versorgung für Patientinnen und Patienten, die im ländlichen Raum oder aufgrund ihrer Erkrankung nur eingeschränkt eine Arztpraxis oder eine Reha-Einrichtung persönlich aufsuchen können.

Long-COVID-Patientinnen und -Patienten haben einen im Vergleich zu anderen Erkrankungen erweiterten Heilmittelbedarf. Dies wurde vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) und der Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) in der Indikationsliste zur Verordnung von Heilmitteln (in den Bereichen Physiotherapie und Ergotherapie) bereits berücksichtigt und ist seit dem 1. Juli 2021 in Kraft. Mit der Änderung werden die Kosten bei Heilmittelverordnungen für Long-COVID-Erkrankte aus dem ärztlichen Verordnungsvolumen herausgerechnet, so dass Ärztinnen und Ärzte keine Heilmittelregresse befürchten müssen.

II. Handlungsempfehlungen

a) Vorgeschlagene, aber (derzeit) nicht empfohlene Maßnahmen

Die Erstellung einer Richtlinie oder eines Disease-Management-Programms Long-COVID durch den G-BA (und damit verbunden eine entsprechende gesetzliche Beauftragung), die bzw. das die Erstattungsfähigkeit der medizinischen Leistungen regelt, wäre grundsätzlich zielführend, kommt aber nicht als aktuelle Handlungsempfehlung in Betracht. Dem G-BA fehlt hierfür aktuell die dafür notwendige Evidenzgrundlage. Außerdem werden Vorgaben für die Versorgung zeitnah benötigt, was über dem Weg einer G-BA Beauftragung nicht möglich ist.

Mit Besserung der Datenlage ist dieser Ansatz jedoch denkbar, vorausgesetzt, es besteht dann weiterhin Regelungsbedarf in diesem Bereich. Eine mögliche G-BA-Befassung könnte ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erneut geprüft werden.

b) Weitere mögliche Handlungsfelder

1. Liste von Ärztinnen und Ärzten mit Long-COVID-Expertise

Für eine zügige und effektive Steuerung von Long-COVID-Erkrankten benötigen Ärztinnen und Ärzte Informationen über spezifische Versorgungsangebote zu Long-COVID. Dies gilt insbesondere, wenn aus dem hausärztlichen Bereich heraus in eine spezialisierte Behandlung überwiesen werden muss. Es werden daher gebündelte Informationen über Ärztinnen und Ärzte im vertragsärztlichen und im stationären Bereich mit spezifischer Expertise zu Long-COVID benötigt. Für den vertragsärztlichen Bereich ist in diesem Zusammenhang die Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayern hervorzuheben, die bereits ein regional und fachlich gegliedertes Verzeichnis umsetzt mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Long-COVID ambulant behandeln. Des Weiteren stellt sie Informationen zur Behandlung von Long-COVID bereit und verteilt sie (<https://www.kvb.de/service/partner/long-covid-netzwerk/>).

Empfohlener Lösungsansatz:

- Die KVen informieren im Rahmen ihres Auftrags zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung über vertragsärztliche Praxen, die über eine besondere Expertise in der Behandlung von Long-COVID verfügen. Modell könnte in diesem Zusammenhang die Initiative der KV Bayern sein.
- DKG erstellt, veröffentlicht und pflegt Listen von Ärztinnen und Ärzten, die für den Krankenhausbereich Kontaktinformationen zu interdisziplinären Long-COVID-Spezialambulanzen an Hochschulen bereitstellen.

2. Vergütung ärztlicher Behandlung

Der Bewertungsausschuss passt Inhalt und Bewertung ärztlicher Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) laufend an und hat sich dabei auf den Stand der medizinischen Wissenschaft zu stützen (§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Derzeit ist unklar, inwiefern die ärztliche Behandlung von Long-COVID im EBM abgebildet ist und sich Long- bzw. Post-COVID mit Blick auf Diagnostik und Behandlung von anderen Krankheiten unterscheidet, die ebenfalls schwerwiegend sind und einen ähnlich langwierigen Verlauf haben können.

Empfohlener Lösungsansatz:

Die den Bewertungsausschuss bildenden Körperschaften (KBV und GKV-SV) wurden um Mitteilung ihrer Positionen zu einer Anpassung des EBM aufgrund von Long-COVID gebeten.

3. Wohnortnahe Versorgung von Personen mit komplexer Long-COVID-Erkrankung

Betroffene mit einem schweren bzw. komplexen Long-COVID-Krankheitsbild können erheblich in ihren Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben eingeschränkt sein. Sie benötigen daher eine Versorgung möglichst wohnortnah bzw. in der Region. Zur Versorgung dieser Patientinnen und Patienten sind bereits an der Mehrheit der

Universitätskliniken Post-COVID-19-Spezialambulanzen errichtet worden. In einigen Regionen können ergänzend dazu auch die haus- und fachärztlichen COVID-Schwerpunktpraxen hierfür genutzt werden. Nicht bekannt ist, ob mit den aktuellen Versorgungsangeboten eine flächendeckende Versorgung von Long-COVID-Erkrankten gegeben ist. Weiterhin ist nicht bekannt, ob die vorhandenen Spezialambulanzen ausreichend interdisziplinär ausgerichtet sind, um das vielschichtige Krankheitsbild Long-COVID zu versorgen.

Empfohlener Lösungsansatz:

BMG erbittet Informationen von den Ländern über die Versorgungslage von Patientinnen und Patienten mit einer schweren bzw. komplexen Long-COVID-Erkrankung. Von besonderem Interesse sind dabei hinsichtlich der Spezialambulanzen an Hochschulkliniken die Versorgungsdichte, die interdisziplinäre Ausstattung, das Vorhandensein von Behandlungsangeboten auch für Kinder und Jugendliche sowie etwaige Versorgungsangebote, die ergänzend mit Blick auf eine flächendeckende Versorgung von Long-COVID verwendet werden können.