



Parlamentarisches Begleitgremium COVID-19-Pandemie

6. Sitzung (öffentlich)

24. August 2021

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:32 Uhr bis 17:43 Uhr

Vorsitz: Rainer Schmelzer (SPD)

Protokoll: Benjamin Schruff

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

Vor Eintritt in die Tagesordnung	3
1 Long COVID – Handlungsmöglichkeiten des Landes	4
– Gespräch mit sachverständigen Gästen (<i>s. Anlage 1</i>)	
2 Impfpass – Nachweis von Covid-19-Impfungen	28
Ausschussprotokoll 17/1468 (Gespräch mit sachverständigen Gästen vom 22.06.2021)	
– Wortbeiträge	
3 Psychische und andere Auswirkungen von Kontaktbeschränkungen, vor allem bei Kindern und Jugendlichen sowie auf Familien	29
Ausschussprotokoll 17/1468 (Gespräch mit sachverständigen Gästen vom 22.06.2021)	
– Wortbeiträge	

4	Erste Überlegungen zur Darlegung der Datenlage	30
	– Wortbeiträge	
5	Verschiedenes	32
	a) Neue Bewertungsmaßstäbe	32
	b) Themenfestlegung/Obleuterunde	33
	c) Lehren aus früheren Planungen	33

* * *

Vor Eintritt in die Tagesordnung

weist **Vorsitzender Rainer Schmelzer** auf die bei etwaigen Abstimmungen geltende Fraktionsstärke hin.

1 Long COVID – Handlungsmöglichkeiten des Landes

– Gespräch mit sachverständigen Gästen (s. Anlage 1)

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Das Parlamentarische Begleitgremium hat das Thema „Long COVID“ ganz zu Beginn im Rahmen seiner Arbeitsplanung priorisiert und möchte sich heute mit dem Sachstand befassen sowie Fragen mit sachverständigen Gästen erörtern. Ich freue mich, dazu begrüßen zu dürfen: Dr. Jördis Frommhold, Professor Dr. Oliver Cornely, Professorin Dr. Clara Lehmann und Dr. Alexander Turk. Herzlich Willkommen und vielen Dank, dass Sie dem Gremium zur Verfügung stehen.

Als wir das Thema damals festgelegt hatten, habe ich versucht, mich abseits der tagtäglichen Fernsehnachrichten darüber zu informieren, was Long COVID eigentlich bedeutet. Ich bin froh, dass wir heute diese Sachverständigenrunde abhalten, weil man so viel auch nicht googeln kann. Ich habe jedenfalls gelesen – und das wird vielleicht gleich bestätigt oder auch dementiert –, dass jeder zehnte SARS-CoV-2-Infizierte Long COVID entwickle und mit entsprechenden körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen zu tun habe und dass es viele junge Menschen treffe. – Daher müssen wir Sie fragen, was es für Möglichkeiten gibt. Für uns als Parlamentarisches Begleitgremium ist außerdem wichtig, welche Form der Unterstützung in der Zukunft notwendig wird.

Zunächst möchte ich den Sachverständigen Gelegenheit geben, in kurzen Statements ihre Einschätzungen zum Sachstand und zu den Aussichten darzulegen, danach steigen wir in die Diskussion ein.

Dr. Jördis Frommhold (MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien [per Video zugeschaltet]): Ich berichte gerne aus unserem klinischen Alltag in der MEDIAN Klinik Heiligendamm. Wir haben bereits im April 2020 die ersten Post- und Long-COVID-Patienten bei uns aufgenommen und behandelt, insgesamt sind wir mittlerweile bei rund 2.000 behandelten Patienten angekommen.

Es kristallisiert sich relativ klar heraus, dass es zwei unterschiedliche Hauptgruppen gibt, mit denen wir uns befassen müssen. So gibt es Patienten, die sehr, sehr schwere und lebensbedrohliche Akutverläufe hatten, die auf die Intensivstation mussten und lange Beatmungszeiten hatten. Bei ihnen ist der Rehabedarf offensichtlich, und sie kommen relativ zügig zu uns in die Klinik. Diese Patienten haben sehr klassische Symptome: Leistungseinschränkungen und Critical-Illness-Polyneuropathien, also neurologische Störungen, wie Taubheitsgefühle oder Sensibilitätsstörungen, aber auch häufig Probleme mit der Atemhilfsmuskulatur und bei der Atemmechanik. Das ist auch bei anderen intensivpflichtigen Patienten nicht ganz untypisch. Gerade die Patienten mit den sehr, sehr schweren Akutverläufen können wir in der Rehabilitation extrem gut stabilisieren. Sie haben (*akustisch unverständlich*), wenn sie den akut schweren Verlauf überstanden haben.

Was uns zunehmend Sorge bereitet, sind die Long-COVID-Patienten im klassischen Sinne. Das sind Patienten mit eher milden bis moderaten Akutverläufen, die möglicher-

weise gar nicht im Krankenhaus waren. Ich denke, Frau Professor Lehmann wird mir da im Zusammenhang mit ihrer Studie recht geben.

(Kopfnicken von Prof. in Dr. Clara Lehmann [Universitätsklinikum Köln, Infektionsambulanz/Infektionsschutzzentrum {per Video zugeschaltet}])

Nach unserer klinischen Einschätzung sind zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer, und es sind jüngere Patienten im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. Wir haben bei uns in der Klinik auch schon die ersten Jugendlichen aufgenommen, also Patienten ab 15 Jahren, immer in Begleitung der Erziehungsberechtigten. Auch diese jungen Erwachsenen bzw. Jugendlichen zeigen klassische Long-COVID-Symptome. Diese Symptome zeichnen sich dadurch aus, dass es eben nicht nur eine Leistungsminderung ist, sondern dass häufig die chronische Müdigkeit, die Fatiguesymptomatik im Vordergrund steht, auch neurologisch-kognitive Einschränkungen sind sehr, sehr häufig. Neben vielfältigen anderen Symptomen sind das die zwei Hauptmarker, mit denen wir es im klinischen Alltag zu tun haben. Auch die eingeschränkte Atemmechanik spielt eine Rolle.

Man muss klar festhalten, dass diese beiden Patientengruppen unterschiedlicher Therapieansätze bedürfen, auch im rehabilitativen Bereich. Diejenigen Long-COVID-Patienten, die vermeintlich einen sehr milden Akutverlauf hatten, sind in der Reha tatsächlich schwieriger zu behandeln als die anderen Patienten. Wir können vielleicht im weiteren Verlauf noch einmal darauf eingehen, ich will die Zeit jetzt nicht sprengen, aber es gibt schon gute Hinweise darauf und wir haben viele Erkenntnisse dazu gesammelt, wie wir diese Patienten behandeln können.

Ich möchte in meinem Statement das Augenmerk auch darauf legen, dass die Versorgungssituation der Long-COVID-Patienten noch nicht ausreichend ist. Es gibt viele, viele Patienten, die nicht im Krankenhaus gewesen sind und nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen. Es ist ein Problem, die Diagnose „Long COVID“ zu stellen. Es ist ein Problem, ambulante Physiotherapie, Atemtherapie, Ergotherapie oder Logopädie – je nachdem, was die Patienten brauchen – zu bekommen. Es ist für die Patienten schwierig, einer stationären Reha zugesteuert zu werden, obwohl wir diese Kapazitäten hier in Deutschland zum Glück haben. Es ist außerdem schwierig, den Verlauf nach der Reha zu planen bzw. sozialmedizinisch zu prüfen, ob wir Umschulungen bzw. Umbesetzungen am Arbeitsplatz brauchen.

Ich plädiere explizit dafür, die Akut- und die Rehamedizin weiter zu vernetzen. Wir müssen Netzwerkstrukturen schaffen, die eben nicht nur die Diagnosestellung und die Akutmedizin im Blick behalten, sondern auch den Aspekt „Reha“ miteinbeziehen. Deutschland hat ein super Gesundheitssystem, aber zwischen diesen beiden Säulen muss mehr Austausch stattfinden. Ich meine, das wäre nicht nur hinsichtlich Long COVID, sondern für die gesamte medizinische Landschaft sehr, sehr fruchtbar.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Darin waren schon einige Ansätze enthalten, die zu Diskussionen führen werden.

Prof.'in Dr. Clara Lehmann (Universitätsklinikum Köln, Infektionsambulanz/Infektionsschutzzentrum [per Video zugeschaltet]): Ganz herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung. – Ich möchte Frau Frommhold ganz klar unterstützen und das, was sie gerade dargelegt hat, weiterentwickeln. Zu meiner Person: Ich bin Oberärztin in der Infektiologie.

Wir haben hier an der Uniklinik sehr früh eine Post-COVID-Ambulanz eingerichtet, weil wir gesehen haben, dass ein sehr, sehr großer Bedarf besteht. Wir sind eher zufällig da hineingeraten und haben viele interessante Beobachtungen dazu gemacht, wer bzw. welche Altersklassen von welchen Symptomen betroffen sind.

Ich kann auf jeden Fall sagen, dass es schwierig ist, weil diese Diagnose eine klinische Diagnose ist und wir daher keine Marker bzw. Werte haben, die uns sagen würden, dass der jeweilige Patient Long COVID hat. Für eine Diagnose muss man den Patienten eine Dreiviertelstunde oder eine ganze Stunde lang untersuchen bzw. sprechen. Es ist also sehr zeitaufwendig, sich um diese Patienten zu kümmern, insbesondere auch deshalb, weil es verschiedene Krankheitsbilder gibt.

Ich möchte mich hier insbesondere auf die Patienten konzentrieren, die Frau Frommhold auch erwähnt hat, nämlich diejenigen, die eigentlich einen milden Verlauf hatten. Man kennt es auch von anderen Viruserkrankungen, dass diejenigen, die einen akuten Verlauf hatten, einen etwas längeren Erholungsbedarf haben. Patienten, die einen ambulant zu behandelnden Krankheitsverlauf hatten und nicht im Krankenhaus waren, haben ganz unterschiedliche Krankheitsbilder, was wahrscheinlich daran liegt, dass es unterschiedliche Mechanismen gibt, die diesem Post- oder Long-COVID-Syndrom zugrunde liegen. Zum einen können die direkten Auswirkungen der Virusinfektion, zum anderen aber auch indirekte Auswirkungen wie zum Beispiel soziale, wirtschaftliche oder verhaltensbezogene Bedingungen zu diesen Symptomen führen. Deswegen ist es sehr wichtig, dass wir diese Mechanismen besser verstehen und eine bessere Abgrenzung der direkten und indirekten Auswirkungen vornehmen können.

Wie Frau Frommhold schon sagte, sind hauptsächlich Menschen betroffen, die ambulant behandelt wurden, weshalb diese Patienten vor allem bei den Hausärzten auftauchen. Der ambulante Sektor trägt aktuell die Hauptlast der Patienten mit Long COVID. Bislang ist eine Versorgung nicht gewährleistet, wir haben dafür keine Infrastruktur und keine Personen, die dafür ausgebildet bzw. darauf spezialisiert sind, wir haben auch keine Abrechnungsmöglichkeiten. Wie ich vorhin erwähnt habe, ist es eine klinische Diagnose, die sehr zeitaufwendig ist.

Das ist in keiner Weise abgebildet, das heißt, dass wir definitiv zügig eine ambulante, sektorübergreifende Infrastruktur brauchen. Wir brauchen ambulante Versorgungsmodelle, die man weiterentwickelt und anpasst. Ich könnte mir vorstellen, dass man zum Beispiel universitäre Kompetenzzentren schafft, die eine integrierte Versorgung mit Spezialisten aus unterschiedlichen Disziplinen anbieten und sektorübergreifend eng mit Hausärzten und Rehakliniken zusammenarbeiten. Man braucht ein ineinandergreifendes Konzept, um die Patienten zu versorgen, weitere Daten zu generieren und mögliche Behandlungskonzepte und Therapien zu untersuchen. Auf einer noch nicht vorhandenen, aber dringend benötigten Versorgungsgrundlage müsste also Forschung

aufbauen, die transnational betrieben wird, um das Krankheitsbild besser verstehen und neue Therapieansätze entwickeln zu können.

Es gibt schon einiges an Förderung, wie zum Beispiel vom Land NRW für „Beyond COVID-19“. Damit soll genau das unterstützt werden, und das muss ausgeweitet werden. Seitens des BMBF werden zudem sektorübergreifende Untersuchungen mit Hausärzten gefördert. Es gibt also schon eine Reihe von guten Ansätzen, aber es ist noch lange noch ausreichend.

Prof. Dr. Oliver Cornely (Universitätsklinikum Köln, Klinik I für Innere Medizin):

Auch von mir vielen Dank für die Möglichkeit, hier sprechen zu können. – Ich bin wie meine Vorrednerin Infektiologin an der Uniklinik Köln, habe aber einen anderen Schwerpunkt. Dieser liegt nicht auf der Betreuung von Patientinnen und Patienten, sondern auf der Überführung von offenen Fragestellungen in Studien, um dann Antworten zu erhalten. So könnten vielleicht auch im Zusammenhang mit Long COVID aus einigen Fragezeichen, die wir im Moment noch haben, Ausrufezeichen werden.

Wenn man eine objektive Verbesserung der Lebenslage der Betroffenen erreichen will, geht das meiner Meinung nach nur, indem man eine solide wissenschaftliche Basis schafft. Wir haben gehört, dass es viele verschiedene involvierte Fachbereiche gibt. Wir sind noch nicht näher auf die einzelnen Beschwerden eingegangen, aber es gibt kaum ein Fach, das nicht vertreten ist, wenn Patientinnen und Patienten über Long-COVID-Symptome klagen.

Für ein besseres Verständnis und um intervenieren und die Situation des Einzelnen verbessern zu können, brauchen wir Studien. Das kann eine einfache Registerstudie sein. Dafür würde man alle, die eine Praxis oder Klinik kommen – idealerweise berücksichtigt man mehrere Praxen und Kliniken –, begleiten, um zu verstehen, wie häufig eine Genesung ist. Daraus würde man dann Hypothesen generieren können. Besser wäre es, wenn man eine Vergleichsgruppe hätte, dann würden wir von einer Kohorte sprechen. Man begleitet also eine Gruppe von Menschen, die Long COVID entwickelt, und eine, die es nicht tut. Wenn man derartige Ressourcen hat, kann man die Patienten beurteilen, Unterschiede finden und feststellen, was typisch für Long COVID ist und was andere Beschwerden sind. Im Laufe der Diskussion kann man vielleicht noch näher darauf eingehen.

Man muss jetzt also möglichst viele Personen mit und ohne Long COVID strukturiert und fortlaufend verfolgen. Das ist Wissenschaft, gepaart mit klinischer Anwendung, weshalb es an die Universitätskliniken gehört, um es dort wissenschaftlich aufsetzen zu können. Die können bei diesem Krankheitsbild allerdings nichts tun, ohne mit niedergelassenen Hausärzten, Facharztpraxen, anderen großen Kliniken, Rehaeinrichtungen und Rehakliniken zusammenzuarbeiten. Die betroffenen Patienten sprengen sozusagen die Sektoren, weshalb wir sie wieder zusammenfügen müssen. Es geht also um die Art, wie man das untersucht und wer das mit wem im Verbund macht.

Ein weiterer Punkt: Wir dürfen die Kinder nicht vergessen und müssen sie im Blick behalten. Über sie wissen wir noch weniger als über Erwachsene, weshalb wir sie in

Studienkonzepte, die das gesamte Management von Long COVID umfassen, integrieren müssen.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Dr. Turk hatte uns Materialien zukommen lassen, die in Kombination mit seinem Vortrag sicherlich sehr hilfreich sein können.

(s. Anlage 2)

Dr. Alexander Turk (See-Spital, Fachgebiet Innere Medizin; Verein Lunge Zürich; Altea Long COVID Network [per Video zugeschaltet]): Vielen Dank für die Einladung. Es freut und ehrt mich sehr, dass Sie mich dazu eingeladen haben, etwas aus unserer Warte zu erzählen. – Ich kann mich den Vorrednern eigentlich nur anschließen, wir haben in der Schweiz die gleichen Probleme. Ich bin Pneumologe und Chefarzt der Inneren Medizin eines kleinen Krankenhauses und gleichzeitig Präsident von Lunge Zürich, einem Verein, den man vielleicht mit der Deutschen Atemwegsliga vergleichen kann.

Als im November vergangenen Jahres erste Patienten mit Long-COVID-Beschwerden aufgetaucht sind und wir nicht wussten, wie wir damit umgehen sollen, haben wir ein Netzwerk namens Altea kreiert. Damit verfolgen wir die Absicht, Betroffene, Therapeuten und Wissenschaftler im Sinne eines Co-Creation-Ansatzes zu vernetzen, um die bereits angeklungenen Fragen zu beantworten. Unter anderem geht es darum, herauszufinden, was die Patienten als Erstes brauchen.

Das Wichtigste wurde schon gesagt. Wir sprechen vor allem von Patienten, die einen leichten Verlauf hatten und danach diese unspezifischen Beschwerden haben: kognitive Probleme, Gedächtnisstörungen, mangelnde Leistungsfähigkeit. In der Schweiz ist die Invalidenversicherung schon dabei, entsprechende Statistiken zu führen, weil es möglicherweise zu dem Problem kommen wird, dass die Menschen nicht mehr in den Arbeitsprozess zurückkehren können. Das zu verhindern, halte ich für eine der Hauptaufgaben.

Wie wir das machen könnten, ist mir aber noch unklar. Unser Ansatz war es, diese Plattform zu ermöglichen. Es sollte evidenzbasiert sein und keine Hokuspokusmethoden beinhalten, wie sie im Internet postuliert werden, etwa kiloweise Vitamin D zu schlucken. Man muss versuchen, gute an Evidenz orientierter Forschung aufzubauen. Mich erinnert das ein bisschen an die aufkommende HIV-Epidemie. Damals hatten wir noch keine Möglichkeiten, das zu behandeln, und es gab zig Personen, die Therapien angeboten haben, teilweise auch unseriöse. Man muss sicherlich ein bisschen aufpassen, dass man hier den richtigen Gradmesser findet, da es schwierig sein wird, zu unterscheiden, was Sinn macht und was nicht.

Das Altea-Netzwerk versucht in erster Linie, die Menschen zu vernetzen. Wir arbeiten hauptsächlich mit Ergotherapeuten und Physiotherapeuten, um die Betroffenen dabei anzuleiten, den Alltag wieder bewältigen zu können. Das basiert auf der vorhandenen Evidenz, und wir schauen uns von bekannten Krankheitsbildern, die sich ähnlich präsentieren, einiges ab, um herauszufinden, wie wir das angehen können; Stichwort ist

hier das Chronic Fatigue Syndrome, auch Myalgische Enzephalomyelitis genannt. Das ist unser Hauptansatz, aber wir sind offen für Ideen.

Am Ende muss das Ganze natürlich auch finanziert werden. Lunge Zürich ist eine Non-Profit-Organisation, die Geld vorgeschossen hat, um dieses Netzwerk zu betreiben. Es sind Personen von der Universität und Epidemiologen dabei, die ebenfalls daran forschen. Außerdem gilt es, Input von den Betroffenen selbst zu bekommen. Der Umgang mit diesem Krankheitsbild gestaltet sich schwierig, weil es teilweise sehr diffus ist und wir noch nicht wissen, warum es den einen erwischt und den anderen nicht. Es wurde schon angedeutet, dass es eher Frauen betrifft. Wir haben gesehen, dass sie teils hohe Inflammationswerte haben.

Ich denke, politisch gesehen kann es zu einem großen Thema werden. Das gilt auch mit Blick auf die Invalidenversicherung, wenn die Menschen nicht mehr an ihre Arbeitsplätze zurückkehren können. Wir müssen die Menschen also befähigen, mit der Krankheit umzugehen. Ebenfalls entscheidend ist es – und das geschieht ja gerade –, die Krankheit anzuerkennen und ihr Bedeutung zuzumessen. Man darf sie nicht abtun, indem man von einer psychosomatischen Krankheit oder von psychisch kranken Menschen spricht. Das trifft definitiv nicht zu. Ich habe einige Patienten gesehen, bei denen man sagen kann, dass es keine psychiatrische Erkrankung ist. Die Betroffenen nicht in derartige Schubladen zu stecken, wäre schon ein großer Schritt in die richtige Richtung. Einen Schlüssel dafür, diese Menschen zurück ins normale Leben zu holen, haben wir zurzeit aber noch nicht. Man muss es beobachten und darf keinen Unfug treiben.

Vorsitzender Rainer Schmelzer: Meiner Wahrnehmung nach haben die vier Sachverständigen aufeinander aufbauend zu Long COVID ausgeführt. Für Nichtmediziner interessant sind die vielen unterschiedlichen Symptome, die Betonung auf „Long“ und die klassischen RehaMaßnahmen. Wir haben gehört, dass es bei dem einen oder anderen zu Arbeitslosigkeit oder sogar Erwerbsunfähigkeit führen kann. Auch deswegen ist es so wichtig, darüber zu sprechen.

Professor Cornely sagte, dass wir die Kinder nicht aus den Augen verlieren dürften. – Die Lageberichte der Landesregierung zeigen, dass die Infektionszahlen bei den 0- bis 19-Jährigen massiv nach oben schnellen; das ist schon keine Kurve mehr, sondern eine Senkrechte. Von daher ist es von entscheidender Bedeutung, diese Personengruppe zu erwähnen.

Angela Lück (SPD): Von der SPD-Fraktion ein herzliches Dankeschön an unsere Experten dafür, dass sie uns heute zur Verfügung stehen. – Es gibt eine Menge Fragen, und ich weiß gar nicht, womit ich anfangen soll. Wichtig an Ihren Ausführungen war meiner Ansicht nach unter anderem der Punkt, dass es so schwierig sei, diese Diagnose zu stellen. – Handelt es sich bei Long COVID um eine anerkannte Diagnose, oder gibt es Spielräume in der Betrachtung bzw. unterschiedliche ärztliche Auslegungen? Wie ist das einzuordnen?

Es wurde bereits gesagt, dass die Zahl der erkrankten Kinder nach oben schnelle. – Man spricht davon, dass bis jetzt ungefähr 10 % an Long COVID erkrankt seien. – Wie

kann man das feststellen? Anhand welcher Zahlen wird das validiert? Wie kommt man dazu, von 10% zu sprechen? Kann das vor dem Hintergrund, dass Kinder öfter an Long COVID erkranken, auch schwanken? Was muss ein vorsorgender Sozialstaat Ihrer Meinung nach tun, damit an Long COVID erkrankte Menschen gute Behandlungen und Therapien bekommen und anerkannt werden?

Vorsitzender Rainer Schmelzer: Zur Information für die Sachverständigen: Wir machen zunächst eine Fragerunde, und dann haben Sie alle die Möglichkeit, zu antworten.

Marco Schmitz (CDU): Auch vonseiten der CDU-Fraktion ein ganz herzliches Dankeschön an Sie als Sachverständige. – Wir halten diese Anhörung ab, weil wir nicht genau wissen, wie wir mit Long COVID umgehen sollen. Wir wollen herausfinden, wie wir helfen und Ihnen die notwendigen Mittel an die Hand geben können.

Frau Professor Lehmann hat gesagt, dass es keine Marker gebe, man nicht wisse, wie man es definieren solle und man Ambulanzen brauche. – In Großbritannien gibt es Long-COVID-Ambulanzen. Sie sagten, dass es das auch hier schon gebe. – Wo wäre das sinnvollerweise anzusiedeln? Wenn man unter Abgeschlagenheit leidet, geht man wahrscheinlich als erstes zum Hausarzt und dann zu einem Facharzt. Soll das bei den Hausärzten, zentral bei den öffentlichen Gesundheitsdiensten oder bei den Universitätskliniken angesiedelt werden? Muss man wegen der vielfältigen Symptome der Krankheit versuchen, sektorübergreifend vorzugehen, indem man beispielsweise Pneumologen, Internisten und Hausärzte miteinbezieht? Bitte führen Sie aus, wie Sie sich das vorstellen.

Herr Dr. Turk sagte, dass man das nicht als psychische Erkrankung abtun dürfe. – Es gibt eine Studie der Kinderklinik Dresden, aus der hervorgeht, dass an Corona erkrankte Kinder teilweise die gleichen Symptome gehabt hätten wie nicht daran erkrankte Kinder. Man geht davon aus, dass das mit den Schulschließungen, den jeweiligen Situationen zu Hause und den fehlenden sozialen Kontakten zu tun habe. – Sind also vielleicht auch bei den erkrankten Kindern die pandemiebedingten sozialen Aspekte und nicht die Coronainfektionen der Grund?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch ich darf mich bei Ihnen für die schönen Ausführungen zu Beginn bedanken, einige Fragen habe ich allerdings noch. Vielleicht aufgrund der medialen Berichterstattung ist das Thema für mich immer noch ein bisschen schwer greifbar. Ich habe den Eindruck, dass in der Berichterstattung oft auch beatmungsinduzierte bzw. langzeitbeatmungsinduzierte Schäden mit in den Long-COVID-Topf geworfen werden. Chronic Fatigue, das auch bei anderen Virusinfektionen eine Rolle spielt, wird ebenfalls mit in diesen Topf geworfen; EBV sei in diesem Zusammenhang auch erwähnt. Inwieweit unterscheidet sich beim aktuellen Coronavirus die Anzahl von behandlungsbedürftigen Fatiguesymptomatikern? Natürlich haben wir viel mehr Infizierte, aber inwieweit gibt es beim aktuellen Coronavirus, beispielsweise auf 100.000 gerechnet, mehr Fälle als bei EBV oder vergleichbaren Viruserkrankungen?

Oftmals werden in der medialen Berichterstattung auch MIS-C bzw. PIMS bei Kindern in diesen Topf geworfen. Entzündungen von Organsystemen haben wir aber nicht nur bei Kindern, auch bei Erwachsenen spielt die Entzündung von Gefäßen, Organen etc. eine Rolle. Frau Professor Lehmann, Sie sagten, dass es eine klinische Diagnose sei. – Bedeutet das, dass wie bei anderen syndromalen Geschichten eine Vielzahl von Symptomen zusammenkommen muss, um eine Diagnose stellen zu können? Oder ist es – wie ich in einer Definition gelesen habe – per definitionem Long COVID, wenn ein Symptom über zwölf Wochen persistiert?

In der Praxis habe ich Winter erlebt, in denen Menschen zwölf Wochen lang gehustet haben; das wäre dann quasi Long Rhino. Wie ist aktuell die Definition? Wie würde man das einschätzen? Wie sieht es nach 12 oder 24 Wochen aus? Wie viel Prozent der Patienten haben dann noch persistierende Beschwerden? Auf was für eine Krankheitslast müssen wir uns als Gesellschaft einstellen?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Auch von der Grünenfraktion herzlichen Dank für Ihre Statements. – Wir haben im Gesundheitsausschuss gewissermaßen eine Vorrunde gehabt, als es um das Fatiguesyndrom und Long COVID ging. Dabei kam es interessanterweise zu einem Gelehrtenstreit. Ausgerechnet diejenige Klinik, die jetzt offenbar die erste Long-COVID-Ambulanz Nordrhein-Westfalens sein soll, hat das eher als psychologische bzw. psychosomatische Frage behandelt und der Fachgesellschaft und den Selbsthilfeorganisationen massiv widersprochen. Sie war eher für Aktivierung und hat die Symptomatik abgetan. In Nordrhein-Westfalen scheinen wir einen erheblichen Bedarf an Ambulanzen zu haben. Wo würden Sie diese verankert sehen, bei den Kliniken oder auch bei den Niedergelassenen? Müsste es dann auch spezielle Einrichtungen für Kinder geben?

Ich habe die Abgrenzungssystematik nicht ganz verstanden. Ich habe Letztens gelesen, dass von denjenigen, die wegen SARS-CoV-2-Infektionen in Krankenhäusern behandelt würden, mindestens jeder vierte nach relativ kurzer Zeit zu einer erneuten Behandlung kommen müssen und dass die Chronifizierungsrate bei rund 10 % liege. – Das sind bemerkenswerte Größenordnungen. Wie viele Menschen könnten Ihrer Vermutung nach betroffen sein?

Wichtig ist mir auch der Aspekt des Umgangs mit der Krankheit, da es offensichtlich große Unterschiede hinsichtlich deren Einschätzung bzw. Bewertung gibt.

Jörn Freynick (FDP): Auch im Namen der FDP-Fraktion vielen Dank an die Sachverständigen. – Ich bitte Sie, zusammenzufassen, was Sie generell für Forderungen an die Politik haben bzw. was Sie sich wünschen und wo Sie Verbesserungspotenzial sehen. Speziell interessiert mich, inwieweit wir zum Beispiel die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Spezialisten bzw. Kinderärzten und Spezialisten verbessern können. Sehen Sie Möglichkeiten, das mit einfachen Mitteln besser zu verbinden? Es geht ja auch darum, dass die Zeit gegen uns arbeitet und wir möglichst schnell etwas erreichen sollten.

Welche Behandlungsmethoden gibt es, und welche davon sind erfolgversprechend? Bitte ordnen Sie ein, was es für Möglichkeiten gibt und was für die jeweiligen Altersklassen hilfreich sein könnte.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Das war die erste Fragerunde; fünf Fraktionen, fünf Fragesteller. Sie haben jetzt die Möglichkeit, darauf zu antworten – niemand wird auf die Uhr gucken, ich schon gar nicht.

Dr. Jördis Frommhold (MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien [per Video zugeschaltet]): Ich versuche, auf die sehr vielfältigen Punkte einzugehen. Es ist ein sehr umfangreiches Bild, das wir jetzt aufgezeigt haben.

Zur Diagnostik und warum das schwierig ist: Wir sehen bei uns in der Klinik Patienten mit Symptomkomplexen, bei denen wir eine Ausschlussdiagnostik betreiben müssen. Einer 23-jährigen Studentin beispielsweise, die auf einmal neurologisch so eingeschränkt ist, dass sie kognitiv nicht mehr in der Lage ist, dem Studium zu folgen, muss ich natürlich eine neurologische Diagnostik zukommen lassen, weil durchaus auch irgendeine andere Erkrankung dahinterstecken könnte. Ähnlich verhält es sich bei Belastungsluftnot, Abgeschlagenheit usw. Es ist ein sehr großes Portfolio bezüglich dessen wir Ausschlussdiagnostik betreiben müssen, und letztendlich ist es eine klinische Entscheidung, weil wir, wie Frau Lehmann sagte, noch keinen Marker haben. Allerdings gibt es in der ICD (*akustisch unverständlich*) schon den Code COVID-Syndrom bzw. Post-COVID-Syndrom, eine Klassifizierung ist also vorhanden. Daran zeigt sich, warum die Patienten so viel Aufmerksamkeit und ärztliche Zuwendung brauchen. Es ist interdisziplinär, es gibt viele Diagnosekriterien, und es müssen viele Untersuchungsabläufe durchlaufen werden.

Zu den Kindern: Ich bekomme viele Anrufe und Mails von besorgten Eltern. Natürlich fehlen uns letztendlich Zahlen. Das (*akustisch unverständlich*) auch im Moment. Die Studien laufen. Es ist ein wichtiger Punkt, die Kinder in die Studien miteinzubeziehen. Wenn ein 15-Jähriger schildert, seine Rechenaufgaben nicht mehr lösen zu können, oder ein 6-Jähriger sagt, sich nicht mehr an seine Hygienerituale erinnern zu können, machen sie das nicht, um ihre Eltern zu ärgern, vielmehr haben sie es tatsächlich vergessen. Das sind natürlich Dinge, auf die man eingehen und die man im Kopf behalten muss. Es gibt Studien, die zeigen, dass nach SARS-CoV-2-Infektionen immunologische Prozesse ablaufen; Frau Professor Falk forscht in diesem Bereich und ist da führend. Summa summarum haben wir noch keine sicheren Aussagen dazu, was diese Pandemie, was dieses Virus mit unseren Kindern nach Infektionen macht.

Wir sehen aber – und jetzt komme ich zur Therapie –, dass es bei den Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, die wir behandelt haben, anzuschlagen scheint. Wir schauen ganz individuell, welche Problematiken im Vordergrund stehen. Da häufig sämtliche Untersuchungsbefunde unauffällig sind, sind rehabilitative Maßnahmen, diejenigen Therapiemöglichkeiten, die im Moment gut greifen. Ein ganz entscheidender Baustein besteht darin, die Atemtechnik wiederherzustellen. Viele Long- und Post-COVID-Patienten haben Probleme in der Atemmechanik. Wir haben bei unseren

Patienten immer wieder reflektiert, warum welche Therapien helfen. Atemmuskulaturspannungen und Dehnungsübungen, um wieder richtige Atemmechanik zu erlernen, sind hier vordringlich. Ein weiterer Aspekt ist Hirnleistungstraining, da zum Teil auch koordinative Störungen eine große Rolle spielen. Funktionstraining ist zum Beispiel wichtig, beim viel genannten Brain Fog nutzen wir auch kognitives Training und Ergotherapie als probate Mittel.

Auch die psychologische Unterstützung ist entscheidend, die Patienten profitieren extrem vom Austausch untereinander; das Ganze ist psychologisch betreut. Viele Patienten müssen lernen, einen neuen Tagesablauf zu etablieren, insbesondere wenn eine Fatiguesymptomatik im Raum steht. Die eigenen Grenzen haben sich verschoben und sind nicht mehr wie früher. Es ist sehr wichtig, den Patienten das zu erklären und ihnen eine Umstrukturierung des eigenen Lebens zu empfehlen. Natürlich stellt sich niemand gerne auf so eine neue Situation ein. Ich vergleiche das immer mit Krebspatienten, die teilweise auch Fatiguesymptome haben und mit dieser chronifizierten Erkrankung leben und sich umstellen müssen.

Zur möglichen Erwerbsunfähigkeit: Wir sind relativ stolz, bereits vor einem guten Dreivierteljahr zusammen mit der Sozialmedizin der Universität Lübeck eine Multicenter-Studie begonnen zu haben, für die die Rekrutierung so gut wie abgeschlossen ist. Wir befragen die Patienten am Anfang und am Ende der Reha, nach sechs Monaten und nach zwölf Monaten zu den Symptomen und der Effizienz der durchgeführten Therapiemaßnahmen. Außerdem geht es um Wiedereingliederung bzw. Return to Work. Das sind Zahlen, die ein Follow-up brauchen und zwölf Monate lang nachgefasst werden müssen. Vorher wird man wenig Aussagen machen können.

Zur Frage danach, was wir tun können und wo Anlaufstellen eingerichtet werden sollten: Weil es sehr interdisziplinär ist und weil wir Forschung brauchen, plädiere ich dafür, das Ganze als Kompetenzzentren an die Universitätskliniken anzubinden, inklusive Reha. Wenn man die Diagnose Long COVID stellen kann, aber dann mit der Therapie nicht weiterkommt, hat der Patient davon nämlich gar nichts. Die Versorgung im ambulanten Bereich ist noch sehr mau, deswegen ist es wichtig, dass man diese beiden Pfeiler verbindet.

Prof.'in Dr. Clara Lehmann (Universitätsklinikum Köln, Infektionsambulanz/Infektionsschutzzentrum [per Video zugeschaltet]): Es sind viele Fragen aufgekommen, und ich möchte mich auf einige konzentrieren. Eine Frage lautete, wie man überhaupt auf diese Zahlen komme. – Es ist tatsächlich gar nicht so einfach, auf genaue Zahlen zu kommen. Wenn man sich die publizierten Studien anschaut, stellt man fest, dass die Beobachtungszeiträume und die Definitionen sehr unterschiedlich sind. Nimmt man alles zusammen, muss man aber davon ausgehen, dass bis zu 10 % der Patienten, die ambulant wegen COVID behandelt wurden, Long-COVID-Symptomatiken entwickeln.

Wir wissen allerdings nicht, wie viele von diesen initial betroffenen Patienten nach anderthalb Jahren immer noch erkrankt und wie viele genesen sind. Das müssen wir alles herausarbeiten. Deswegen ist es sehr wichtig, dass wir die klinische Versorgung mit der Forschung verknüpfen, um so schnell wie möglich Daten generieren und

Therapieformen anbieten zu können. Ähnlich wie Frau Frommhold denke auch ich, dass es wichtig ist, an den Unikliniken angesiedelte Kompetenzzentren zu haben, die interdisziplinär und sektorübergreifend mit den Hausärzten, die eine sehr wichtige Funktion haben, und den Rehakliniken zusammenarbeiten; man kann auch über ambulante Rehakonzepte nachdenken. Es sind vor allem junge Menschen betroffen, die teilweise Familien haben und nicht einfach wochenlang wegbleiben können. Man muss also andere Angebote entwickeln und anbieten. Außerdem gilt es, zu evaluieren, um diese Erkrankung und direkte bzw. indirekte Mechanismen besser zu verstehen. Eine Studie aus der Schweiz zeigt, dass sowohl an COVID erkrankte als auch nicht erkrankte Kinder Beschwerden im Sinne eines Long-COVID-Syndroms hatten. Das berührt die Frage nach den direkten und indirekten Effekten der Infektion bzw. der Pandemie.

Es wurde nach Therapieansätzen gefragt. Da kam zum Beispiel (*akustisch unverständlich*), dass Impfen vielleicht irgendetwas bringe. – In Köln begleiten wir seit fast anderthalb Jahren eine sehr große Kohorte und konnten keine richtigen Effekte sehen. Ich meine, dass es wegen der Diversität und Komplexität des Krankheitsbildes keine einzelne heilende Tablette geben wird. Wir müssen Therapiekonzepte anbieten, und dafür sind die Rehakliniken von wesentlicher Bedeutung. Vielleicht haben wir dann für bestimmte Krankheitsbilder etwas, das wird aber keine Pille sein, die Heilung bringt. Das wird uns noch lange begleiten, und deshalb müssen wir Konzepte anbieten, die Kompetenzzentren umfassen, welche sich mit dem ambulanten Sektor und dem Rehasektor vernetzen, um Versorgung und Forschung zu gewährleisten.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Weil Sie gerade die einzelne Tablette angesprochen haben: Wir hatten hier in der vergangenen Woche eine Anhörung zur Medikamentenforschung in Sachen COVID-19, bei der immer wieder gesagt wurde, dass man schauen müsse, was es bezüglich Long COVID für Erkenntnisse geben werde. – Sie ergänzen sich an dieser Stelle bzw. stimmen überein, da niemand im Bereich der Medikamentenforschung auf eine einzelne Tablette gesetzt hat.

Prof. Dr. Oliver Cornely (Universitätsklinikum Köln, Klinik I für Innere Medizin): Das waren eine Menge Fragen, einige Dinge sind schon gesagt worden, ich will es nicht wiederholen. Ich stimme zu, dass wir nicht so recht wissen, wie wir es definieren sollen. Wir tasten uns heran, und die Definitionen werden irgendwann hoffentlich besser, als sie es aktuell sind. Direkt damit zusammen hängt natürlich, dass wir zur Häufigkeit nicht viel sagen können oder unterschiedliche Zahlen finden; Frau Professor Lehmann hatte gesagt, woran es liegt. Auch die Beobachtungszeiten müssen erwähnt werden. Wenn viele Teilnehmer einer Studie nicht wiederkommen, kann man sie nicht zählen, und es wird am Ende immer ungenauer.

Wir wissen zum Beispiel auch noch nicht, wie das mit Geimpften ist. Wir lernen gerade, dass sie auch eine Infektion bekommen können, die aber leicht oder ganz ohne Symptome verläuft. Ob danach noch Long COVID kommen kann, wissen wir nicht. Wir hoffen natürlich, dass das nicht so ist oder zumindest wesentlich seltener der Fall ist als bei den vorherigen Wellen, bei denen man noch nicht geimpft sein konnte.

Eines ist sicher: Es wird keine schnelle Lösung geben. Uns werden zwar Fragen gestellt, aber viele Dinge können wir nicht beantworten. Ich höre heraus, dass Sie die Betroffenen gut versorgt wissen wollen und dass für sie möglichst sofort etwas getan werden sollte. Es gibt Ansätze, Frau Dr. Frommhold hat es geschildert. Auch wenn man vielleicht Gruppen nach bestimmten Symptomen und Therapieansätzen bilden kann, ist es wahrscheinlich nicht so, dass man mit einer randomisierten Kontrollgruppe – die eine bekommt es, die andere nicht – vergleichen kann. Das bräuchte man aber, um wirklich solide Aussagen machen zu können, da man erst dann die Möglichkeit hätte, Therapien zu evaluieren, um zu sagen, welche besser und welche schlechter sind. Nur wenn man sie vergleicht, kann man eine möglichst gute Versorgung für die Patientinnen erreichen. Bis dahin bleiben wir mit unserem Tun auf Versuch und Irrtum beschränkt. Man versucht etwas und schaut, ob es gut tut und etwas bringt oder eben nicht. Man beobachtet eine Gruppe, die man im eigenen Haus oder zusammen mit anderen behandelt, aber das ersetzt leider nicht die langwierige Erforschung von Ursachen und hilfreichen Maßnahmen mittels Studien.

Da man diese Sache offensichtlich auf der Grundlage großer Zahlen untersuchen muss, hat NRW eine besondere Position. Es gibt hier eine entsprechend große Bevölkerung und außerdem eine Infrastruktur mit vielen Unikliniken, die wiederum ihre Netzwerke mit anderen Kliniken, Rehaeinrichtungen und Praxen stärken können. Insofern kann man in NRW tatsächlich ein paar Fragen beantworten, die andere mangels Betroffener nicht beantworten können.

Dr. Alexander Turk (See-Spital, Fachgebiet Innere Medizin; Verein Lunge Zürich; Altea Long COVID Network [per Video zugeschaltet]): Das waren viele Fragen, viele Antworten wurden schon gegeben, ich möchte auch nicht wiederholen. Zur Erwartung an die Politik möchte ich etwas sagen. Die Erkrankung prinzipiell anzuerkennen und die Betroffenen ernst zu nehmen, ist sicherlich wichtig. Gleichzeitig muss man eine gewisse Zurückhaltung wahren und sollte keine vorschnellen Entscheidungen fällen. Man sollte die Erkrankung also nicht sofort als dieses oder jenes anerkennen, sondern zunächst auf gute Forschungsdaten, auch zum Langzeitverlauf, warten.

Meine Erfahrung ist, dass es in der Regel besser wird, es braucht aber sehr viel Zeit. Um das beschleunigt zu therapieren, haben wir beim Altea-Netzwerk vor allem rehabilitative Ansätze gewählt. Ich stimme Frau Professor Lehmann absolut zu, dass wir keine Pille, keine Spritze haben, mittels derer wir Long COVID beenden könnten. Stattdessen wählt man als Herangehensweise das Pacing. Wir machen das hier vor allem im ambulanten Sektor, Schritt für Schritt über mehrere Wochen hinweg, interdisziplinär mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Neurologen und Lungenspezialisten. Das beantwortet schon teilweise die Frage danach, wo man mit Therapien ansetzen sollte. Das macht man in interdisziplinären Kliniken, da Hausarztpraxen nicht über die erforderlichen Strukturen verfügen. Es könnte auch in Gesundheitszentren geschehen, in denen Internisten, Neurologen, Pneumologen, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten ansässig sind. Wenn es das in Deutschland gibt, ist das gut, ansonsten sollte man die vorhandenen Strukturen nutzen, und die sind natürlich traditionellerweise in größeren Kliniken angesiedelt.

Zur Diagnose wurde schon alles gesagt. Es bleibt etwas diffus. Wir haben eine Zeitachse von zwölf Wochen festgelegt, wenn man dann noch gewisse Symptome hat, bekommt man die Diagnose. Die Hauptmerkmale dieser Erkrankung sind Fatigue, Atemnot und kognitive Einschränkungen oder Brain Fog. Das ist alles schwer fassbar. Wir haben gewisse Erfahrungen mit einem Belastungstest, einer sogenannten Spiroergometrie, gemacht. Den (*akustisch unverständlich*) wiederholt man eine Viertelstunde später und schaut dann, ob die gleiche Leistung erbracht wurde. So kann man die – wie man so schön sagt – Post-Exertional Exhaustion danach dokumentieren. Das ist ein Marker, den man anwenden kann, aber das funktioniert lange nicht bei allen Patienten. Die Diagnose bleibt also schwierig, und es bleibt alles ein bisschen zu diffus, aber es ist sicher deutlich mehr als nur eine psychische, eine psychosomatische Erkrankung.

Meiner ganz persönlichen Erfahrung nach demaskiert diese COVID-Erkrankung eine grundlegende psychische Situation bzw. Konstitution, die (*akustisch unverständlich*), sodass einige Menschen mit diesen Symptomen nicht so fertig werden wie andere. Es kommt mir wie gesagt wie eine Demaskierung vor. Zeit, Geduld und guter Wille, ist das, was wir im Moment haben. Außerdem geht es um das richtige Pacing. Von den Therapeuten wird man an die richtige Atemtechnik und an die kognitiven Aufgaben herangeführt. Ich denke, es ist wichtig, zu Beginn nicht zu viel zu wollen.

Marco Schmitz (CDU): Herr Dr. Turk, in Ihrer Präsentation heißt es, dass es in der Schweiz über 700.000 positiv getestete Personen gegeben habe, man aber von einer Dunkelziffer von bis zu 2 Millionen ausgehe. – Auch seitens des RKI nimmt man an, dass die Zahl der Infizierten wesentlich höher sei, da viele Infektionen nicht erkannt würden. – Bei denjenigen, die starke Symptome hatten und beatmet werden mussten, ist es relativ klar, aber werden auch bei denjenigen, die symptomfrei waren, Antikörpertests gemacht? Wobei inzwischen auch viele geimpft sein werden und somit Antikörper aufweisen werden. Was ist bei Kindern und Jugendlichen vorgesehen, um zu erfahren, ob die Abgeschlagenheit und Müdigkeit vielleicht mit Corona zusammenhängt?

Herr Professor Cornely, Sie sagten, dass man nicht wisse, ob auch Geimpfte Long COVID bekommen könnten. – Natürlich hat man für einige Tage Symptome wie Schmerzen an der Einstichstelle, Muskelschmerzen oder Abgeschlagenheit. Ich habe in einer Studie gelesen, dass bei an Long COVID Erkrankten die Impfungen dazu beigetragen hätten, die Symptome im Nachgang zu lindern. Die erste Impfung ist ja die einzige, die sie dann bekommen, und dass die helfen würde. – Ist das richtig, oder ist das ...?

(Kopfschütteln von Prof.'in Dr. Clara Lehmann [Universitätsklinikum Köln, Infektionsambulanz/Infektionsschutzzentrum *{per Video zugeschaltet}*] und Dr. Jördis Frommhold [MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien *{per Video zugeschaltet}*])

– Sie schütteln mit dem Kopf, dann bin ich also Fake News aufgesessen.

(Heiterkeit)

Ich werde bezüglich der Studie die Rückmeldung geben, dass ich das heute anders erfahren habe.

Angela Lück (SPD): Welche Maßnahmen brauchen Menschen, die an Long COVID erkrankt sind? Sie haben in Ihren Statements immer wieder darauf abgestellt, dass Reha-Maßnahmen wichtig seien. – Nun hat man in einem Ministerium in Bayern ein Referat für Reha eingerichtet,

(Daumen-hoch-Geste von Dr. Jördis Frommhold [MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien {per Video zugeschaltet}])

das sich zurzeit hauptsächlich mit dem Post-COVID-Syndrom und den entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen befasst. Wäre so etwas hilfreich? Was wäre aus Ihrer Sicht noch wichtig für eine Reintegration der Erkrankten in den Alltag, in die Gesellschaft?

Was müsste eigentlich für Kinder und Familien getan werden? Welche Unterstützung brauchen sie? Was brauchen Bildungseinrichtungen, Vereine und andere Institutionen, in denen das soziale Leben der Kinder und Jugendlichen stattfindet, um den an Long COVID Erkrankten dabei zu helfen, zurück in ihr soziales Leben zu finden? Haben Sie dazu irgendwelche Vorstellungen?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Vielen Dank für die vielen Antworten, die Sie in der ersten Runde gegeben haben. – Ich denke, alle im Raum sind sich weitestgehend einig, dass man Wege finden muss, um die individuellen Patienten möglichst gut behandeln zu können. Das Problem hat im politischen Bereich aber mehrere Ebenen, unter anderem eine gesellschaftspolitische, deswegen fragte ich in der ersten Runde, welche Krankheitslast auf die Gesellschaft zukomme.

Ich verrate Ihnen kein Geheimnis, dass Long COVID im politischen Dialog natürlich von all denjenigen als Argument vorgebracht wird, die sich hinsichtlich des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung für ein sehr vorsichtiges Herangehen entscheiden. Für Sie als medizinische Experten ist es an dieser Stelle sicherlich schwierig, weil noch keine großen Studien vorliegen, mittels derer man die entsprechenden Fragen endgültig beantworten könnte. Für uns als Politik ist die Information, inwieweit Sie eine Gefährdung der Gesamtgesellschaft nach hinten heraus sehen, natürlich brisant. Könnte es abseits der Intensivstationen noch zu einer Überlastung des Gesundheitswesens, etwa die Betreuungseinrichtungen betreffend, kommen? Könnten vielleicht Frühverrentungen auf uns zukommen? Diese Informationen haben gegebenenfalls auch konkrete Auswirkungen auf die Schulen. Im Herbst bzw. Winter könnte die Diskussion darüber, wie lange man die Schulen geöffnet lässt und ob man sie wieder schließen muss, erneut aufkommen.

Teilweise wird gesagt, dass rund 25 % unter Long COVID litten. – Wodurch zeichnen sich diese Menschen aus? Leiden sie beispielsweise über Wochen hinweg an einer Rhinitis? Das würde nicht rechtfertigen, die Schulen zu schließen. Oder sind diese Kinder bzw. Jugendlichen so schwer betroffen, dass sie – wie Dr. Frommhold ausführte –

ihre Rechenaufgaben nicht mehr lösen können und man ihnen mit Ergotherapien bzw. kognitiven Therapien über Wochen hinweg helfen muss, damit sie überhaupt wieder am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können? Können Sie uns – ich formuliere es vorsichtig – erste Anhaltspunkte bzw. eine erste Aussicht geben, was auf uns zurollt und wie man das politisch bewerten muss?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich würde die Frage danach, wie viel Versorgung wir brauchen, zuspitzen wollen. Außerdem stellt sich Frage nach den Ambulanzen. In der von mir schon angesprochenen Anhörung plädierten die Selbsthilfeorganisation für fünf bis sechs Ambulanzen in Nordrhein-Westfalen, angegliedert an Unikliniken bzw. Maximalversorger – so habe ich sie zumindest verstanden. Sie haben eben zum Ausdruck gebracht, dass es bei Hausärztinnen und Hausärzten eine Sensibilität dafür geben muss, das erkennen zu können und dann möglicherweise in entsprechende Ambulanzen zu überweisen. Uns wurde von Betroffenen häufig geschildert, dass sie und ihre Symptome nicht verstanden würden. – Wagen Sie es, vor dem Hintergrund der Anzahl der Betroffenen Hinweise zu geben, wie viel wir da brauchen?

Zu einem weiteren Aspekt hätte ich gerne eine vertiefende Aussage. Herr Dr. Turk sprach von Pacing. – Die Frage danach, wie man mit der Kraft umgeht, hat beispielsweise Auswirkungen auf die Möglichkeit, in die Schule zu gehen. Im Zusammenhang mit dem Lebensunterhalt ist die Anerkennung als Berufskrankheit bzw. die Anerkennung, dass man Hilfe braucht, um wieder in den Arbeitsalltag hineinzukommen, wichtig, da es auch um entsprechende Ausgleichszahlungen geht. Von vielen wurde uns geschildert, dass das nicht anerkannt werde. – Es ist sehr kompliziert, dazu Regelungen zu treffen. Könnten Sie zu diesen Aspekten noch etwas sagen?

Carina Gödecke (SPD): Ich habe eine Frage, die vielleicht albern ist, aber ich bin keine Medizinerin, sondern Politikerin. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei Long COVID?

(Kopfnicken von Prof.'in Dr. Clara Lehmann [Universitätsklinikum Köln, Infektionsambulanz/Infektionsschutzzentrum *{per Video zugeschaltet}*] und Dr. Jördis Frommhold [MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien *{per Video zugeschaltet}*])

Das wäre für die Diagnose, die Therapie und vielleicht auch für die weiteren Folgen schließlich von großer Bedeutung.

Frau Dr. Frommhold hat in ihrem Eingangsstatement davon gesprochen, dass die Akut- und die Rehamedizin weiter vernetzt werden müssten. – Diese Botschaft verstehe ich auf der Metaebene, und ich stelle sie auch nicht infrage, vielmehr unterstütze ich sie. Als Politikerin würde ich das aber natürlich gerne etwas konkretisieren, auch im Hinblick darauf, was die Politik dabei leisten kann. In einer früheren Sitzung hat Vernetzung im Zusammenhang mit Kommunikation und Informationsweitergabe und daraus abgeleiteten Handlungen eine große Rolle gespielt. Als Politik muss man das sehr konkret fassen, um nicht in eine falsche Richtung zu rennen und sich für einen Bereich starkzumachen, für den man keine Zuständigkeit hat.

Außerdem möchte ich auf die Kinder und die jungen Jugendlichen zurückkommen. Wir haben vor einiger Zeit über die Folgen der Pandemie und insbesondere die Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen mit den Lockdowns gesprochen. Dabei wurden die unterschiedlichen Folgen, etwa depressives Verhalten bzw. Depressionen, sehr umfassend dargelegt. Es wird einen Zeitpunkt geben, zu dem Long COVID aus dem Fokus des öffentlichen Interesses bzw. der medialen Berichterstattung ein Stück weit verschwunden ist, aber das Thema und die entsprechenden Handlungsnotwendigkeiten werden damit nicht erledigt sein.

Zuerst geraten häufig Kinder und Jugendliche aus dem Blick. Für sie kann es allerdings völlig veränderte Lebenswege bedeuten, gerade auch im Unterschied zu Erwachsenen, bei denen man mit Reha und Therapie an bisherige Lebenswege und Lebenserfahrungen anknüpfen kann. Deswegen würde ich Sie bitten, uns einen Hinweis zu geben, über was wir bezüglich der möglicherweise lebenslangen Veränderungen für Kinder und Jugendliche nachdenken sollten.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Sie haben gemerkt, dass Ihre Mimik, Ihr Nicken dazu beiträgt, dass man als Fragesteller weiß, ob man auf dem richtigen Weg ist oder nicht. Das ist für uns sehr hilfreich.

(Heiterkeit)

Dr. Jördis Frommhold (MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien [per Video zugeschaltet]): Ich meine, dass über allem die Akzeptanz für dieses Krankheitsbild und die Aufklärung darüber stehen sollte. Das gilt es, weiter zu forcieren, und zwar sowohl hinsichtlich der Familien als auch der Kinder.

Das Krankheitsbild Long COVID hat große Auswirkungen auf den gesellschaftlichen und ökonomischen Bereich. Noch nicht gestreift haben wir die Berufserkrankungen. Wir haben bei uns in der Klinik viele Patienten, bei denen COVID als Berufserkrankung anerkannt wurde, viele davon sind aus dem medizinischen Bereich. Wir wissen auch hier nicht, wie es mit der weiteren Genesung aussieht und ob diese Patienten jemals wieder an ihren ursprünglichen Arbeitsplatz zurückkehren können. Wir haben sowieso schon Probleme im Pflegebereich und im medizinischen Bereich. Wenn ich mich mit Blick auf die Unfallkassen und die BGs richtig an die Zahlen erinnere, waren es zwischen 80.000 und 100.000 Berufserkrankungen. Das darf man nicht vergessen.

Es kommen viele Vertreterinnen der Patientenaufklärungsgebiete auf mich zu, die ein Problem bezüglich junger Long-COVID-Patienten haben, die beispielsweise für die Pflege von Angehörigen verantwortlich sind. Aufgrund ihrer Long-COVID-Symptomatik können sie die Angehörigenpflege nicht mehr übernehmen. Das heißt, wir kriegen auch ein Problem im pflegerischen Bereich bzw. im Versorgungsbereich, das wir noch nicht wirklich auf dem Schirm haben. Das sind Aspekte, die ich gerne einbringen wollte. Ich weiß, dass Sie gerne spezifische Zahlen und Prozente hören würden, aber ich fühle mich nicht in der Lage, genaue Zahlen zu nennen, außer die 10 %, die wir jetzt in den Studien haben. Aber wenn ich mir die genannten Randgebiete mit anschau, wird eindeutig, dass sich hier ein sehr breit gefächertes Problem auftut.

Zu den zu ergreifenden Maßnahmen: Es gibt letztlich Fachgesellschaften für alles und jedes. Vielleicht wäre es nicht unklug, aus dem ärztlichen Bereich heraus eine Fachgesellschaft für Long COVID bzw. COVID zu etablieren, da auch hier die Interdisziplinarität das A und O ist. Das wäre eine Überlegung dazu, in welche Richtung man denken könnte.

Man muss klar sagen, dass die Reintegration im Moment zu kurz kommt. An Kompetenzzentren, für die ich den universitären Bereich lokal mit Rehas und Sozialarbeitern verknüpfen würde, müsste man auch den Aspekt der Wiedereingliederung ins Berufsleben etablieren. Hier muss man möglicherweise auch andere Wege gehen. Wir sehen gerade bei den Patienten, die über die Berufsgenossenschaften zu uns kommen, dass auch eine stufenweise Wiedereingliederung abseits der üblichen Wege erfolgen kann. Bei Fatiguepatienten etwa kann man mit zwei Stunden an zwei Tagen in der Woche anfangen. Das ist in vielen Bereichen ein No-Go, und für viele Arbeitgeber ist es schwierig, das umzusetzen. Krankheitsakzeptanz in allen Bereichen führt aber letztendlich dazu, dass Pacing auch im Alltag gelebt werden kann. Das muss passieren, weil diese Patienten sonst in einer Negativspirale enden werden, wodurch unser gesamtes System belastet wird. Das fällt also letztendlich auf uns alle zurück.

Zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden: Ich hatte am Anfang schon gesagt, dass von den Long-COVID-Patienten zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer sind. Man sieht also, dass Frauen deutlich häufiger betroffen sind. Interessant finde ich, was mir letztens eine Soziologin sagte: Gerade die Patientengruppe der 20- bis 50-jährigen Frauen steht den Impfungen noch abgeneigt gegenüber. (*akustisch unverständlich*) könnte man durchaus für mehr Aufklärung sorgen, weil der beste Schutz davor, Long COVID zu bekommen, eine Impfung ist, da man kein Long COVID bekommt, wenn man sich gar nicht erst infiziert. Das ist vielleicht ein Punkt, den man anschieben sollte.

Vernetzung von Akut- und Rehamedizin: Die Kompetenzzentren sind universitär anzubinden, aber die Rehamedizin vor Ort muss hinzugenommen werden. Ich denke, das ist ein Punkt, der nicht nur für Long COVID gilt, sondern für die gesamte Medizin. Der Orthopäde kann zwar eine tolle Hüfte einbauen, aber wenn der Patient nicht lernt, damit zu gehen, hat er gar nichts gekonnt. Deswegen ist es wichtig, dass wir diese Säulen auch universitär noch mehr verbinden. Ich habe neulich eine Studienplanung durchgeschaut: In einem Semester gab es lediglich eine Wochenstunde rehabilitative Medizin. Das ist durchaus ausbaufähig, und dazu muss man möglicherweise auch in der Lehre noch Strukturen schaffen.

Prof.'in Dr. Clara Lehmann (Universitätsklinikum Köln, Infektionsambulanz/Infektionsschutzzentrum [per Video zugeschaltet]): Ich möchte mich jetzt auf folgende Dinge konzentrieren: die Bestimmung von Antikörpern, konkrete Zahlen und mögliche wirtschaftliche Auswirkungen.

Es ist sehr wichtig, dass wir besser verstehen, wie die Immunantwort bei diesen Patienten ist und wie sie sich im Laufe der Zeit verändert. Als erstes hat man angefangen, regelmäßig Antikörper zu bestimmen, und zwar ganz einfach deshalb, weil man die Technik dafür hatte. Mittlerweile kann man aber auch die T-Zellen-Immunität untersuchen;

erst seit wenigen Wochen kann man die Labore beauftragen, diese Untersuchung zu machen.

Wir haben in Köln eine sehr große Kohorte, die wir im April 2020 gestartet haben. 1.000 Genesene haben sich bei uns vorgestellt. Wir hatten dazu aufgerufen, Plasma zu spenden. Die Idee war, akut Erkrankten Plasma von Genesenen zu verabreichen. Mittlerweile wissen wir, dass es nichts bringt, aber zu diesem Zeitpunkt haben wir noch geglaubt, dass es sinnvoll wäre. Diese Menschen haben wir sehr regelmäßig gesehen. Alle drei Monate haben wir sie medizinisch begutachtet, das Blut untersucht, Antikörper bestimmt usw. Dabei haben wir relativ schnell bemerkt, dass ein Teil dieser Patienten Long COVID hat; wir sehen sie seit fast anderthalb Jahren immer wieder.

Wir haben festgestellt, dass diejenigen Patienten, die während der akuten Phase Durchfall hatten, häufiger Long-COVID-Symptome hatten als diejenigen, die keinen Durchfall hatten. Das haben wir immer wieder geprüft: Wie kann das denn sein? Durchfall? – Der ACE-Rezeptor ist aber wichtig, da das Virus hier andockt, und er ist vor allem im Magen-Darm-Trakt sehr zahlreich vorhanden. Coronaviren führen häufig zu Durchfällen. Das sind Beobachtungen, bei denen man überlegt, wie das sein kann. Es gibt Untersuchungen, die gezeigt haben, dass Patienten, die ein Long-COVID-Syndrom haben, nachweisbar immer noch Viren im Magen-Darm-Trakt haben und dass das vielleicht ein Reservoir ist. Solche Untersuchungen sind sehr wichtig, um überlegen zu können, in welche Richtung man forschen soll.

Wir haben auch beobachtet, dass Patienten, die nach der akuten Phase niedrige IgG-Werte, also wenig Antikörper hatten, häufiger Long-COVID-Symptome haben. Auch das haben wir immer wieder untersucht, und es kam immer wieder das gleiche dabei heraus. Da 1.000 Patienten dabei sind, handelt es sich nicht um Peanuts. Es gibt also sicherlich irgendeinen Zusammenhang, den wir aber noch nicht verstanden haben und den wir weiter untersuchen werden. Mit dem Wissen, das wir heute haben, können wir definitiv sagen, dass therapeutische Impfungen nichts bringen.

Welche Relevanz hat das für die Gesellschaft? – Es hat eine sehr große Relevanz. Wir haben keine genauen Zahlen, aber wir sagen, dass es irgendwo zwischen 10 und 15 % liegt. Über 3 Millionen waren infiziert, wir haben eine hohe Dunkelziffer, die vierte Welle hat begonnen. Das heißt also, dass es eine sehr große Relevanz hat. Möglicherweise gibt es 500.000 bis 750.000 Patientinnen mit Long COVID. Das hätte enorme gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Schäden zur Folge, weil es gerade diejenigen trifft, die im aktiven Arbeitsalter sind. Die 60-Jährigen haben es nicht, sondern die 40-Jährigen, die mitten im Leben stehen.

Patienten, die irgendeine Rhinitis haben, interessieren uns nicht. Es geht zum Beispiel um Patienten, die keinen Geruchs- und Geschmackssinn mehr haben. Ich habe einen 30-jährigen Koch als Patienten, der keinen Geruchs- und Geschmackssinn mehr hat und seinen Beruf nicht mehr ausüben kann – das muss man sich einfach mal vorstellen. Es gibt nicht so viele Köche, aber trotzdem hat es eine enorme Relevanz, und deswegen ist es sehr wichtig, dass das Thema „Long COVID“ politisch präsent ist. Man muss darüber diskutieren, warum man welche Entscheidungen trifft. Es geht nicht nur um die Belastung auf den Intensivstationen. Meiner Meinung nach kommt das Ganze jetzt erst richtig ins Rollen, und wir wissen nicht, was noch auf uns zukommen wird.

Prof. Dr. Oliver Cornely (Universitätsklinikum Köln, Klinik I für Innere Medizin):

Ich bin in dieser Runde das ein oder andere Mal konkret gefragt worden. Ich hatte eben gesagt, dass wir nicht wüssten, ob man auch als Geimpfter Long COVID bekommen könne. Wir hoffen, dass es nicht so ist, und da die Verläufe nach Impfungen nur sehr mild sind, gehen wir auch davon aus, dass es nicht so ist. Wir wissen aber vieles nicht, zum Beispiel, ob die Impfungen irgendwann aufgefrischt werden müssen und falls ja, bei wem. Hinter etwaigen Auffrischungen steht die Sorge, dass auch bereits Geimpfte Coronainfektionen bekommen könnten, aber das ist heute noch mit Fragezeichen zu versehen.

Es ist noch nicht lange her, dass es hieß, Impfungen könnten therapeutisch eingesetzt werden. Bei der Planung der bundesweiten Interventionsstudie zu Long COVID haben wir das noch gedacht, weil alle Experten meinten, dass das unser Referenzarm würde, also derjenige, gegen den die anderen dann getestet werden. Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass es nicht so sein wird.

Dieses Impfen war eine typische Aktion mit fehlender Kontrollgruppe, dabei kann man alles Mögliche finden. Sie kennen es aus dem vergangenen Jahr von den Therapien zu Coronainfektionen, da wurden die wildesten Dinge getan, und es wurde manches eingesetzt, das eigentlich nur geschadet hat.

Mit den Antikörpernachweisen, die wir heute durchführen, kann man schon unterscheiden, ob man Antikörper durch eine Impfung oder durch eine Infektion entwickelt hat. Das geht jedenfalls in gewissem Maße, wenn man nach sehr langer Zeit nach Infektion oder Impfung schaut, kann man das nicht mehr unterscheiden.

Der konkrete Bedarf von Kindern ist von uns allen wohl nur schwer einzuschätzen. In der Tat haben Kinderärzte eine der ersten guten Studien gemacht, die Dresdner Studie von Herrn Berner. Eine der wesentlichen Schlussfolgerungen war, dass man bei Kindern zwischen den Folgen von Corona und den Folgen von Lockdowns unterscheiden müsse. – Das wurde auch schon als Kollateralschaden bezeichnet, aber ich denke, das ist kein guter Begriff in diesem Zusammenhang. Man braucht immer eine Kontrollgruppe. Die Dresdner haben es gemacht, sie haben verglichen, und deswegen haben sie etwas gelernt. Wenn man keine Kontrollgruppe hat, wird es schwieriger, und es dauert länger, bis man an einem Punkt ist, an dem man belastbare und systematische Verbesserungen hervorrufen kann.

Die Patienten und Patientinnen müssen zu den Spezialisten finden. Wir haben schon mehrmals gehört, dass es möglichst entsprechende Zentren geben sollte. Unter einem Dach hat man die bereits an den Unikliniken und an anderen sehr großen Krankenhäusern. Man kann das als transsektorale Zusammenarbeit bezeichnen, aber man kann auch einfach folgende Frage stellen: Wie findet die Patientin, die sich mit Geruchs- oder Geschmackssymptomen zuerst bei einem Haus-, einem Hals-Nasen-Ohren- oder einem anderen Facharzt meldet, zu den Spezialisten? – Der Trigger, sie in ein solches Zentrum zu schicken, muss niedrigschwellig sein. Herauszufinden, wie man das politisch befördern könnte, ist Ihre Aufgabe.

(Heiterkeit von Carina Gödecke [SPD])

Ich bin mir nicht sicher, ob man diese Frage leicht beantworten kann – wahrscheinlich nicht –, aber bestehende Hindernisse muss man beiseite räumen und den Übergang zwischen den Sektoren ermöglichen bzw. möglichst leicht gestalten. Die Patienten sind schließlich nicht in Sektoren erkrankt, sondern an Leib und Seele.

Dr. Alexander Turk (See-Spital, Fachgebiet Innere Medizin; Verein Lunge Zürich; Altea Long COVID Network [per Video zugeschaltet]): Vielen Dank, dass ich die Möglichkeit habe, hier etwas zu ergänzen. – Zu den Antikörpern wurde schon ziemlich gut ausgeführt. Mittels einer Definition muss man irgendwie nachweisen, dass man COVID gehabt hat, wenn die Symptome über zwölf Wochen anhalten, kann man die Diagnose stellen. Zu Beginn der Pandemie hatten wir zu wenig Testmöglichkeiten, also gibt es sicher ein paar Leute, die durch die Maschen gefallen sind, der Antikörpertest kann dabei helfen, diese Lücke zu füllen.

Ich finde es großartig, dass Sie als Landtag – im Gegensatz zur Schweiz – das Thema aufnehmen und diskutieren. Ich denke, dass Sie mit dieser Awareness einen großen Beitrag leisten, um dem Problem Long COVID gerecht zu werden. Wie bei vielem in dieser Pandemie wissen wir nicht, wohin die Reise geht und was es für Auswirkungen haben wird. Wird Long COVID uns lange, also über mehrere Jahre hinweg, beschäftigen? Kommt es wirklich zu krankheitsbedingten Langzeitausfällen usw.? Das alles bleibt offen. Wir in der Schweiz mussten beim Bundesamt für Gesundheit relativ lange bohren, um für unser Netzwerk Anerkennung bzw. Unterstützung zu erhalten, aber am Ende ist es uns dann doch gelungen.

Die gesellschaftlichen Aspekte sind für mich schwierig abzuschätzen. Man sagt, es sind diese 10 %, dann rechnet man das hoch, und es gibt Hunderttausende von Fällen. Wie viele davon wirklich langfristig betroffen und außerhalb des Arbeitsprozesses sein werden, steht im Moment noch in den Sternen. Wie vorhin schon gesagt wurde, muss man eine gute Studienlage erarbeiten, man braucht Vergleichsgruppen. So kann man die richtigen Schlüsse ziehen und stellt keine Zusammenhänge her, die es eigentlich nicht gibt. Ich denke, es ist sehr wichtig, die Forschungsunterstützung in diesem Bereich zu forcieren. Gut wäre es zum Beispiel, wenn man sich im deutschsprachigen Raum vernetzen könnte, um das anhand der großen Anzahl von Patienten zu studieren.

Ich denke, wir haben mit diesem Netzwerk einen solchen Ansatz gewählt. Auch das ist ein Experiment, aber vielleicht gelingt es uns, etwas Licht ins Dunkel zu bringen. Wie gesagt warne ich davor, jedem Quatsch, der publiziert wird, auf den Leim zu gehen. Es darf kein Humbug getrieben werden, indem etwa Therapien angeboten werden, die nur dem Portemonnaie des jeweiligen Anbieters etwas bringen. Stattdessen sollte man darauf hinwirken, dass sich die beste Evidenz herauskristallisiert.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herr Dr. Turk, wer in der Bundesrepublik Deutschland, wenn nicht wir als Land Nordrhein-Westfalen mit rund 18 Millionen Einwohnern, sollte ein solches Begleitgremium für COVID-19 installieren? Zur Erläuterung: Es handelt sich um ein Parlamentarisches Begleitgremium des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wir im nordrhein-westfälischen Landtag haben uns gesagt,

dass COVID-19 etwas ist, das uns aktuell begleitet, uns aber auch zukünftig begleiten wird. Deswegen ist uns Sachverstand sehr wichtig. Sie sagten eben, dass man nicht jedem Quatsch auf den Leim gehen solle. – Sie sehen an der Runde der heutigen Sachverständigen, dass wir das sehr ernst nehmen. Das gilt für alle Themen, wie man an den Anhörungen der Vergangenheit erkennen kann.

Frau Professor Lehmann sagte, dass die politische Präsenz von Long COVID wichtig sei. – Dass das Thema präsent ist, haben wir mit der heutigen Anhörung gezeigt. Die Anregung von Frau Dr. Frommhold, darüber nachzudenken, eine Fachgesellschaft für Long COVID zu installieren, könnte in eine ähnliche Richtung weisen.

(Kopfnicken von Dr. Jördis Frommhold [MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien *{per Video zugeschaltet}*] und Prof.'in Dr. Clara Lehmann [Universitätsklinikum Köln, Infektionsambulanz/Infektionsschutzzentrum *{per Video zugeschaltet}*])

– Beide nicken; Spaß an dieser Anhörung macht mir, dass man Ihnen die Reaktionen immer gleich ansehen kann. – Bei einer solchen Anhörung geht es nicht nur um politische Präsenz, sondern auch darum, dass daraus etwas folgt. Was für Taten sollten aus Ihrer Sicht seitens der Politik folgen? Angesprochen wurde bereits die Installation einer Fachgesellschaft für Long COVID. Wie fast alle Kolleginnen und Kollegen hier im Raum bin ich kein Mediziner. Wie also kann Politik helfen? Egal, ob es 10 %, 15 % oder vielleicht auch – in Anführungszeichen – nur 8 % sind, die vom Ministerium gelieferten Zahlen deuten auf rund 100.000 Betroffene in NRW hin. Es wäre mir daher wichtig, dass Sie uns Hinweise dazu geben, was die Politik leisten soll bzw. muss.

Dr. Jördis Frommhold (MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien *[per Video zugeschaltet]*): Tatsächlich ist mir der Gedanke einer Fachgesellschaft für Long COVID erst heute im Laufe des Tages gekommen. Er resultiert aus einem Gespräch mit der schon erwähnten Frau Professor Falk von der MHH, die außerdem Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Immunologie ist. Es kam der Gedanke auf, dass es Sinn mache, im ärztlichen Bereich interdisziplinär zusammenzuarbeiten, damit es zusammenwächst und nicht jeder sein eigenes Süppchen kocht. Darüber, wie man das am geschicktesten unterstützen könnte, muss man sich sicherlich noch Gedanken machen, was auch daran liegt, dass der Gedanke noch relativ jungen Datums ist. Vielleicht haben Frau Lehmann oder die anderen Kollegen eine Idee. Ich denke aber, das ist auf jeden Fall ein Ziel, das wir weiter verfolgen müssen, um die Vernetzung gut aufzustellen.

Vorsitzender Rainer Schmelzer: Ich bin froh, dass wir die Anhörung nicht gestern hatten, dann hätten Sie die Idee noch nicht gehabt.

(Heiterkeit von Dr. Jördis Frommhold [MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien *{per Video zugeschaltet}*])

Meine Frage zielte auch darauf ab, wo wir helfen können, aber vielleicht kann Frau Professor Lehmann ... – Ich sehe schon. Sie haben das Wort.

Prof.'in Dr. Clara Lehmann (Universitätsklinikum Köln, Infektionsambulanz/Infektionsschutzzentrum [per Video zugeschaltet]): Ich kann meine Mimik nicht verstellen. Ich kann auch kein Poker spielen, darin bin ich echt schlecht.

(Heiterkeit)

Ich meine, dass es ganz wichtig ist, zu eruieren, was wir für Bedarfe in der Versorgungsforschung haben. Wir müssen Behandlungspfade konzipieren, die in allen Zentren umgesetzt werden. Wir müssen Patientenströme koordinieren. Wir müssen erarbeiten, wie die Übergänge zwischen den Sektoren sind. Definitiv müssen wir diese Versorgungskonzepte implementieren. Das muss harmonisiert sein, damit nicht jeder – wie Frau Frommhold es sagt – sein eigenes Süppchen kocht. Wir müssen das bundesweit etablieren und könnten mit Nordrhein-Westfalen anfangen, von hier kann der Impuls kommen.

Es geht darum, über diese Kompetenzzentren verfügen zu können. Das bereits geförderte Projekt „Beyond COVID-19“, in dessen Rahmen dazu geforscht wird, wie sich die Symptome der Patienten im Laufe der Zeit verändern, ist eine sehr gute Grundlage, um interdisziplinäre Kompetenzzentren zu etablieren, die dann Behandlungspfade entwickeln, koordinieren und immer wieder überarbeiten. Nur so kommen wir schnell voran. Es muss der Impuls kommen, das zu etablieren, und man muss das Geld haben.

In Köln zum Beispiel haben wir eine interdisziplinäre Post-COVID-Ambulanz. Das ist sehr aufwendig, und wir können fast keine Termine mehr anbieten. Die Ärzte arbeiten alle auf der Grundlage von Drittmittelprojekten, weshalb wir abends, nachts, an Wochenenden da gesessen haben, um irgendwie Gelder einzuwerben. Das geht so nicht; ich finde, das ist nicht korrekt. Wir betreiben Versorgung von Patienten über Drittmittel. Wir brauchen also finanzielle Unterstützung, und wir brauchen jemanden, der interdisziplinär und sektorübergreifend arbeitende Kompetenzzentren befürwortet. Das ist es, was wir brauchen. Wenn Sie uns den Auftrag geben, dann müssen Sie Personen ernennen, und dann muss man das etablieren – ganz einfach.

(Mehrhad Mostofizadeh [GRÜNE]: So, Marco! – Heiterkeit)

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Ganz einfach – das ist angekommen, Frau Professor Lehmann.

Ich meine, bei Frau Dr. Frommhold so etwas wie Zustimmung wahrgenommen zu haben, als Sie von einem Impuls aus Nordrhein-Westfalen sprachen.

Dr. Jördis Frommhold (MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien [per Video zugeschaltet]): Ähnlich wie Frau Lehmann denke ich, dass man es möglicherweise als eine Art Schirmherrschaft sehen könnte, es also eine Benennung dazu gibt, wo wir es ausrollen. Ich denke trotzdem, dass ...

(Aussetzen der Videoübertragung)

man wieder einzelne ...

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Frau Dr. Frommhold, Sie waren für einige Sekunden eingefroren und nicht zu verstehen, das heißt, es ist nicht alles angekommen.

Dr. Jördis Frommhold (MEDIAN Klinik Heiligendamm, Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien [per Video zugeschaltet]): Okay. – Ich könnte mir vorstellen, so ein Projekt mit einer Schirmherrschaft oder einer Expertengruppe mit Behandlungsbefugnis auf die Beine zu stellen. Von wo dieser Impuls ausgeht, ist letztendlich eher zweitrangig, wichtiger ist, dass sich irgendetwas tut. Vor allem aber sollte es deutschlandweit ausgerollt werden, weil wir ansonsten wieder nur einzelne Abteilungen hätten, die sich mit diesem Problem befassen. Wenn man so ein Projekt, das sicherlich ein Mammutprojekt ist, angeht, sollte es jedenfalls in der Fläche ausgerollt werden, damit alle von diesen Strukturen profitieren können. Wenn man das nur für einzelne Gebiete machen würde, hätte man Versorgungsprobleme in den anderen oder die Zentren wären überlaufen, weshalb es wichtig ist, das breit aufzustellen. Es gibt zudem einen Schulungsaspekt, da man das Personal in diesen Kompetenzzentren schulen und Informationen weitergeben muss.

Dr. Alexander Turk (See-Spital, Fachgebiet Innere Medizin; Verein Lunge Zürich; Altea Long COVID Network [per Video zugeschaltet]): Ich halte es für wichtig, diese Gleichstellung bzw. Vernetzung zu befördern. Wie von Frau Professor Lehmann angedeutet, muss man darauf achten, die Behandlungspfade zu vereinheitlichen, damit nicht jeder irgendetwas macht und denkt (*akustisch unverständlich*). Man muss versuchen, das zu koordinieren und die Personen an einen Tisch zu holen. Wenn das von Ihrer Region ausgehen könnte, wäre das natürlich super. Die Schweiz ist, was die Fallzahlen anbelangt, etwas zu klein, aber wir haben schon ziemlich gute Forschung auf die Beine gestellt. Wir haben eine große Kohorte von COVID-Erkrankten, die wir seit Beginn der Pandemie verfolgen.

Man kann anhand der Daten nach den besten Möglichkeiten suchen, Therapien aufzubauen. Man kann eine Fachgesellschaft schaffen oder ein Papier schreiben, um auf Grundlage der besten im Jahr 2021 zur Verfügung stehenden Evidenz Long-COVID-Patienten zu behandeln. Wenn die Politik die Möglichkeit hätte, das mittels einer Plattform, eines Netzwerks oder einer Schirmherrschaft zu unterstützen, fände ich das natürlich großartig. Ich denke, das wäre der beste Ansatz. Es wird uns sicherlich noch weiter verfolgen. Die Fallzahlen steigen wieder, und somit werden auch leider mehr Long-COVID-Fälle aufkommen.

Prof. Dr. Oliver Cornely (Universitätsklinikum Köln, Klinik I für Innere Medizin): Wir müssen auch darauf schauen, was es in diesem Bereich schon für Fördermaßnahmen und Forschungseinrichtungen gibt. Ein sicherlich sehr gutes Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fächern ist NAPKON, das Nationale Pandemie Kohorten Netz, denn dort sind, über die Fachgesellschaften delegiert, die

verschiedenen Fächer vertreten, um zum Beispiel über eine Therapiestudie zu diskutieren, die im kommenden Jahr anfängt.

Wie wir schon gehört haben, wird es ein bisschen schwierig sein, zu bestimmen, welche Therapien man miteinander vergleicht. Deswegen kommt es darauf an, dass man – wie in dem von Frau Lehmann angesprochenen Projekt in NRW – eine einheitliche Dokumentation der Fälle hat. Bei rund 900.000 Infizierten werden es rechnerisch wohl etwa 100.000 Personen sein; 2.000 sollen aufgenommen werden. Man könnte also eine einheitliche Dokumentation vornehmen, die auch Patientinnen und Patienten außerhalb des geförderten Projekts umfasst, um so zumindest über die Dokumentation zur Verbreiterung der Basis beizutragen. Das würde das Entstehen von Wissen enorm beschleunigen, die vorhandenen Förderungen aufwerten und deren Aussagekraft steigern.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Insbesondere die vergangenen 15 bis 20 Minuten haben uns gezeigt, dass die Politik sehr wohl die Möglichkeit hat, das eine oder andere zu bewegen, wobei wir als Parlamentarisches Begleitgremium vor allem Anregungen geben können, wie die Aussprache in absehbarer Zeit sicherlich zeigen wird. Ich werde die Ergebnisse jetzt nicht zusammenfassen, das traue ich mir nach 1 Stunde und 40 Minuten guter und intensiver Diskussion ehrlich gesagt auch nicht zu.

Ich darf den vier Sachverständigen, Frau Dr. Frommhold, Frau Professor Lehmann, Herrn Dr. Turk und Herrn Professor Cornely recht herzlich danken. Bezüglich der einen oder anderen Stelle hat man vielleicht noch Rückfragen, hört oder sieht sich wieder bzw. schreibt sich.

Ich fand es hochinteressant. Meine feste Überzeugung ist, dass uns Long COVID und alles, was damit zusammenhängt, noch lange begleiten wird; wir werden Long COVID im nordrhein-westfälischen Landtag nicht zum letzten Mal auf der Tagesordnung gehabt haben. Das, was wir heute mit Ihnen besprechen durften, war sehr hilfreich, sicherlich auch für unsere zukünftige Arbeit.

Sie sind für heute entlassen, dürfen der weiteren Ausschusssitzung, die sicherlich noch einige interessante Tagesordnungspunkte enthält, aber liebend gern zuhören, das Wort kann ich Ihnen allerdings nicht mehr erteilen.

(Beifall)

2 Impfpass – Nachweis von Covid-19-Impfungen

Ausschussprotokoll 17/1468 (Gespräch mit sachverständigen Gästen vom 22.06.2021)

Marco Schmitz (CDU) erinnert an die zum Zeitpunkt des Gesprächs mit sachverständigen Gästen bestehenden Bedenken, ob eine digitale Umsetzung funktionieren werde. Glücklicherweise hätten sich die entsprechenden Prognosen der sachverständigen Gäste erfüllt, und es gebe keinerlei Probleme damit, die Impfnachweise in der CovPass-App oder der Corona-Warn-App zu hinterlegen. Somit könne man das Thema als erledigt betrachten.

Die Aussage ihres Vorredners aufgreifend, wendet **Carina Gödecke (SPD)** ein, dass man das Thema nur dann als erledigt betrachten könne, wenn man sich auf den Aspekt der elektronischen Nachweisbarkeit beschränke. In dem Gespräch seien aber noch andere Aspekte der Digitalisierung zur Sprache gekommen, und man habe erkennen können, dass es diesbezüglich unterschiedliche Blickwinkel und Interessengruppen gebe, wobei Letztere unter anderem Bürgerinnen, Anbieter von Dienstleistungen sowie die Kommunen bzw. den Staat umfassten. Daraus ergäben sich zum einen unterschiedliche Anforderungen und zum anderen unterschiedliche Erwartungen bezüglich der aus der Digitalisierung abzuleitenden Funktionalitäten, was sich auf der Metaebene auch für andere Bereiche widerspiegeln werde. Das müsse man auf der Agenda behalten, weshalb man das Thema insgesamt noch nicht als erledigt betrachten könne.

Ein Fazit ziehend, kündigt **Vorsitzender Rainer Schmeltzer** an, dieses Thema auf der Agenda zu behalten.

3 Psychische und andere Auswirkungen von Kontaktbeschränkungen, vor allem bei Kindern und Jugendlichen sowie auf Familien

Ausschussprotokoll 17/1468 (Gespräch mit sachverständigen Gästen vom 22.06.2021)

Angela Lück (SPD) findet, dass aus dem Gespräch mit sachverständigen Gästen hervorgegangen sei, dass es sich bei den Auswirkungen von Kontaktbeschränkungen auf Kinder und Jugendliche um ein diffiziles Thema handle. Verschiedene Aspekte, mit denen man sich wohl noch lange werde befassen müssen, spielten hier eine Rolle. So gebe es beispielsweise Unterschiede zwischen Familien mit kleinen und großen Einkommen hinsichtlich der Frage, ob man eine Klasse wiederholen müsse oder ob man andere Möglichkeiten wahrnehmen könne, um auf den erforderlichen Bildungsstand zu kommen. Zudem litten Familien unter Zukunftsängsten.

Man könne davon ausgehen, dass sich bereits vorhandene Auffälligkeiten verstärken würden, weshalb man nicht nur die Lerninhalte, sondern auch die übrige Entwicklung berücksichtigen müsse. 17-Jährige beispielsweise hätten pandemiebedingt nicht die Erfahrungen machen können, die sie eigentlich hätten machen sollen, wodurch hinsichtlich der Entwicklung Lücken entstanden seien.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer resümiert, dass man sich mit diesem Thema weiter befassen werde.

4 Erste Überlegungen zur Darlegung der Datenlage

Vorsitzender Rainer Schmeltzer erinnert daran, dass man sich bei der Erstellung des Arbeitsplans wegen der einerseits komplexen und andererseits lückenhaften oder zumindest erklärungsbedürftigen Datenlage zur Pandemie darauf verständigt habe, auf diese ein besonderes Augenmerk zu legen. Das Gremium sei bei der Einsetzung ermächtigt worden, zur sorgfältigen Erschließung von Themenkomplexen die wissenschaftliche Expertise von Fachleuten, auch in Form von Gutachten, einzuholen.

Die aus der ersten Anhörung bekannte Professorin Dr. Christiane Woopen habe in diesem Zusammenhang auf seine Anfrage hin folgende Hinweise gegeben: Jonathan Grunwald von der Staatskanzlei könne berichten, aus welchen Quellen sich die vielfältigen Daten des Dashboards speisten. Monika Kleine vom SkF Köln und ehemaliges Mitglied des „Expertenrats Corona“ habe zu den sozialen Daten viele Quellen erschlossen. Für die Wissenschaftsdaten könne man bei Professor Dr. Michael Hüther und Professor Dr. Dr. Clemens Fuest anfragen und hätte somit sowohl die arbeitgeber- als auch die arbeitnehmerorientierte Seite vertreten. Für Krankenhausdaten möge man sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft bzw. das DIVI-Intensivregister wenden.

Da die Erstellung eines Gutachtens erfahrungsgemäß mehrere Monate in Anspruch nehme, möge man erwägen, stattdessen die genannten Personen für die Sitzung am 28. September 2021 als Sachverständige zum Thema „Datenlage/Datenbasis“ zu laden. Für diese bleibe bis dahin noch genug Zeit, schriftliche Stellungnahmen einzureichen, die dann als Gesprächsgrundlage dienen könnten.

Angela Lück (SPD) signalisiert ihre Zustimmung zu diesem Vorschlag, auch weil sich ein Gespräch lebendig gestalten und man gezielte Nachfragen zu den verschiedenen Aspekten stellen könne, wohingegen man sich bei einem Gutachten im Wesentlichen auf die Vorgabe des Zwecks beschränken müsse.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) gibt an, die Zielrichtung des Vorschlags noch nicht ganz verstanden zu haben: Wozu wolle man Daten sammeln? Die ziellose Anreicherung von Statistiken erscheine jedenfalls nicht sinnvoll. Daten fehlten vor allem im Zusammenhang mit Fragen nach der Gefahr in Innenräumen und den erforderlichen Abständen.

Marco Schmitz (CDU) weist auf das bereits beschriebene Problem der Datenverarbeitung hin, das vor allem aus der Menge der erhobenen Daten resultiere. Der Vorschlag zielen aber nicht darauf ab, neue Daten zu erheben, sondern vielmehr darauf, die vorhandenen einer vernünftigen Auswertung zuführen zu können.

Natürlich bestehe auch Interesse an Informationen zur Gefahr in Innenräumen usw., vor allem aber gehe es darum, die vorhandenen Daten zu den zahlreichen Fällen in Nordrhein-Westfalen vernünftig zu analysieren; zusätzliche Daten zu erheben, bringe nichts.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer macht darauf aufmerksam, dass seitens der Fraktionen ganz bewusst entschieden worden sei, das Thema „Datenlage/Datenbasis“ nicht am Anfang zu bearbeiten, sondern sich stattdessen zunächst auf Themen zu konzentrieren, die damals allen auf den Nägeln gebrannt hätten.

Nun aber gelte es, die Informationen zu verschiedenen Einzelaspekten zusammenzuführen und zu erschließen; dazu gehörten unter anderem: die Leitlinien, die sozialen Long-COVID-Folgen, die geschlechtsspezifischen Unterschiede, die Impfgegnerinnen, die psychischen Belastungen für Kinder, die Auswirkungen auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber, der Nutzen von Kurzarbeitergeld, der veränderte Stellenwert des Homeoffices, die Auslastung von Krankenhäusern und die Inzidenzwerte. Anschließend könne man gegebenenfalls entscheiden, wie man hinsichtlich der verschiedenen Einzelaspekte weiter verfahren wolle.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) dankt seinem Vorredner für die Klarstellung, schlägt aber vor, eine Deadline zu setzen, um im Blick zu behalten, was man schaffen könne.

Angesichts des für den 28. September vorgesehenen Termins mahnt **Vorsitzender Rainer Schmeltzer** zur Eile, da man Anforderungsprofile für die Sachverständigen erstellen und sie jeweils anschreiben müsse, um schriftliche Stellungnahmen als Diskussionsgrundlage erbitten zu können. Diese schriftlichen Stellungnahmen sollten Ausführungen zur Datenlage enthalten, damit diese von den Sachverständigen vor Ort nicht heruntergespult werden müssten. Das wiederum mache es erforderlich, dem Ausschusssekretariat sehr zeitnah die Fragen zukommen zu lassen, damit sie von dort an die Sachverständigen übermittelt werden könnten. Er selbst werde den Sprecherinnen und Sprechern noch in dieser Woche Vorschläge zu Themenbereichen und Fragestellungen unterbreiten, die von diesen dann gegebenenfalls noch geändert bzw. ergänzt werden könnten.

5 Verschiedenes

a) Neue Bewertungsmaßstäbe

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) plädiert dafür, sich möglichst bald mit dem Thema „Bewertungsmaßstäbe“ auseinanderzusetzen, da der Inzidenzwert von vielen mittlerweile als überholt betrachtet werde. Der Bundesminister für Gesundheit schlage vor, ihn aus dem entsprechenden Bundesgesetz zu streichen, benenne aber keinen Ersatz. Daher müsse man sich in diesem Begleitgremium damit befassen, zumal seine Fraktion wahrscheinlich auch eine plenare Debatte dazu anstoßen werde. Der Job von Politikern könne schließlich nicht darin bestehen, die Verlautbarungen des RKI zur Kenntnis zu nehmen, stattdessen sollten sie im Zusammenwirken mit der Verwaltung Konsequenzen ziehen.

Angesichts der aktuell schon laufenden Diskussion regt **Vorsitzender Rainer Schmelzer** an, das Thema zeitnah auf die Tagesordnung des Begleitgremiums zu setzen. Sein Vorredner möge Vorschläge dazu unterbreiten, in welcher Form er das Thema behandeln und ob er beispielsweise Sachverständige dazu hören wolle.

Marco Schmitz (CDU) empfindet den Vorschlag von Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) insofern als problematisch, als dass die Bundesregierung wahrscheinlich eine Lösung in dieser Sache präsentieren werde, bevor das Begleitgremium eine Anhörung bzw. ein Gespräch mit sachverständigen Gästen anberaumen könne. Dann müsse man sich über ein bereits erledigtes Thema austauschen, Ähnliches habe man im Zusammenhang mit dem Impfnachweis erlebt. So oder so gelte es, das Thema einzugrenzen.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) weist seinen Vorredner darauf hin, dass die Verantwortung für die Ausgestaltung der Coronaschutzverordnung nicht beim Bundes-, sondern beim Landesminister und möglicherweise beim Landtag liege. Insofern möge man, unabhängig davon, was auf Bundesebene geschehe, auch auf Landesebene tätig werden. Im Übrigen hätten die Fraktionen von CDU und FDP – zu Recht, wie er finde – immer wieder darauf hingewiesen, dass es in Nordrhein-Westfalen andere Bewertungsmaßstäbe brauche, um Grundrechtseinschränkungen rechtfertigen und durchsetzen zu können.

Die derzeitige Coronaschutzverordnung jedenfalls widerspreche sich in Teilen. Das Begleitgremium möge daher Vertreter der Landesregierung, der KGNW und des RKI, von denen bereits konkrete Vorschläge vorlägen, zum Gespräch laden, um dann gegebenenfalls Konsequenzen zu ziehen. Genau darin bestehe nämlich der Auftrag von Politik: Wissenschaft hinzuziehen, sich ein Bild machen und dann nötigenfalls eingreifen. Nur zur Kenntnis zu nehmen, dass man eine möglicherweise andere Meinung als die Bundesregierung vertrete, empfinde er jedenfalls nur als mäßig spannend.

Marco Schmitz (CDU) vermutet ein Missverständnis, da er nur davon abraten wolle, als Begleitgremium Daten zu erheben, da dass bereits auf den Fachebenen geschehe.

Es spreche aber nichts gegen einen Austausch mit Experten über Inzidenzwerte und Hospitalisierungsraten und darüber, wie künftige Bewertungsmaßstäbe aussehen könnten. Sollte die Fraktion seines Vorredners, wie angedeutet, im Plenum einen entsprechenden Antrag einbringen, könne man diesen gerne an den AGS oder das Begleitgremium überweisen.

Angesichts der bereits vorhandenen Vorschläge präferiert **Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE)** zu diesem Thema ein Gespräch mit maximal vier oder fünf sachverständigen Gästen, zu dem man etwa Vertreter von KGNW und RKI, zwei Wissenschaftler sowie Gerhard Herrmann vom MAGS hinzuziehen könne. Die vier bis sechs einzufließenden Maßstäbe kenne man, es gehe vor allem um deren jeweilige Gewichtung und die zu ziehenden Konsequenzen.

Auf den Einwurf **Angela Lücks (SPD)**, dass man auch ein vormaliges Mitglied des „Expertenrats Corona“ laden könne, reagiert **Vorsitzender Rainer Schmeltzer** mit der Bemerkung, dass es jeder Fraktion unbenommen bleibe, eigene Vorschläge zu unterbreiten; KGNW, RKI und MAGS bzw. Landesregierung halte man jedenfalls fest.

Carina Gödecke (SPD) hält den Vorschlag insgesamt für klug, erinnert aber an die Diskussion über Rollenverteilungen und die Kompetenzen des Begleitgremiums. Wenn man mit Vertretern der Landesregierung bzw. des MAGS politisch diskutieren wolle, möge man in der Obleuterunde genau überlegen, wen man einlade, da man dann wohl eher jemand anderen bräuchte.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer bittet darum, bis zum 27. August 2021 um 12 Uhr etwaige weitere Vorschläge zu Sachverständigen zu übermitteln.

b) Themenfestlegung/Obleuterunde

Vorsitzender Rainer Schmeltzer weist darauf hin, dass man für die Begleitgremiumssitzung am 14. September 2021 Informationen des Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienstes des Landtags von Nordrhein-Westfalen zu Erfahrungen mit früheren Pandemien und Epidemien erwarte.

Abgesehen von den soeben erörterten Themenkomplexen „Datenlage“ und „Bewertungsmaßstäbe“ stehe dann nichts mehr an, weshalb man sich am Rande des kommenden Plenarzyklus im Rahmen einer Obleuterunde über das weitere Vorgehen bezüglich der Sitzungen ab dem 28. September austauschen möge.

c) Lehren aus früheren Planungen

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) regt an, sich in Vorbereitung auf die Informationen des Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienstes zu Erfahrungen mit früheren Pandemien und Epidemien auch mit den Lehren aus früheren Planungen für den

Pandemiefall, etwa der berühmten Bundestagsdrucksache, zu beschäftigen. Dann könne man, ohne gegenseitige Schuldzuweisung zu betreiben, erörtern, woran es trotz vorhandener Planungen gehapert habe und müsse nicht alles komplett neu aufsetzen.

Vorsitzender Rainer Schmelzer pflichtet seinem Vorredner bei, dass sich diese beiden Themenaspekte gut ergänzten.

gez. Rainer Schmelzer
Vorsitzender

2 Anlagen

24.09.2021/27.09.2021

10

TOP 1 – Fachgespräch: Long Covid – Handlungsmöglichkeiten des Landes

Sachverständige:

Dr. med. Jördis Frommhold
Chefärztin der Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien
Median-Kliniken, Heiligendamm

Professorin Dr. Clara Lehmann
Leiterin Infektionsschutzzentrum (ISZ) & Infektionsambulanz
Uniklinik Köln

Professor Dr. Oliver Cornely
Klinik für Innere Medizin
Uniklinik Köln

Dr. med. Alexander Turk
Chefarzt Innere Medizin See-Spital Horgen
Altea Netzwerk
Zürich / Schweiz



altea
Long-COVID-Netzwerk

Agenda

- Vorgeschichte
Wie kam es dazu?

- Altea: Long-COVID-Netzwerk
 - Ausgangslage
 - Projektbeschrieb
 - Projektstand

- Zukünftige Ausrichtung
Wie soll es weitergehen?

Präsentation für Landtag NRW
24.8.2021

Dr. med. Alexander J. Turk
Präsident Lunge Zürich

Vorgeschichte

Wie kam es dazu?

Vorgeschichte

Akutbewältigung der COVID-19-Pandemie:

- **Contact-Tracing-Pilot** der GD Zürich im Frühjahr '20
- **Spezialauftrag (CT)** des Volksschulamtes und Mittelschul- & Berufsbildungsamts des Kantons Zürich
- **Ausbruchstesten** in Schulen
- **Repetitives Testen** in Sonderschulen

Langfristige Bewältigung:

- **Altea Long-COVID-Netzwerk** (Projektkredit Nov. '20)

Engagement von LUNGE ZÜRICH

Vorgeschichte

Wichtiger Hinweis:

- LUNGE ZÜRICH sieht sich als Initiator dieses Netzwerks.
- Von Anfang an war klar, dass dies **kein** ZH, sondern mindestens ein nationales Thema ist.

Altea

Long-COVID-Netzwerk

Ausgangslage
Projektbeschrieb
Projektstand

Ausgangslage

Long-COVID ist

- ein **neuartiges** Syndrom (noch ohne einheitliche Definition),
- mit stark **unterschiedlich ausgeprägten Symptomen**,
- das **alle Altersgruppen** betrifft,
- **noch** weitgehend **unerforscht** ist und
- wofür es **wenig Wissen** über geeignete Behandlungsmethoden gibt.

Long-COVID-Betroffene

- fühlen sich oft **unverstanden**,
- sind auf der **Suche nach Hilfe, Information und Unterstützung**.

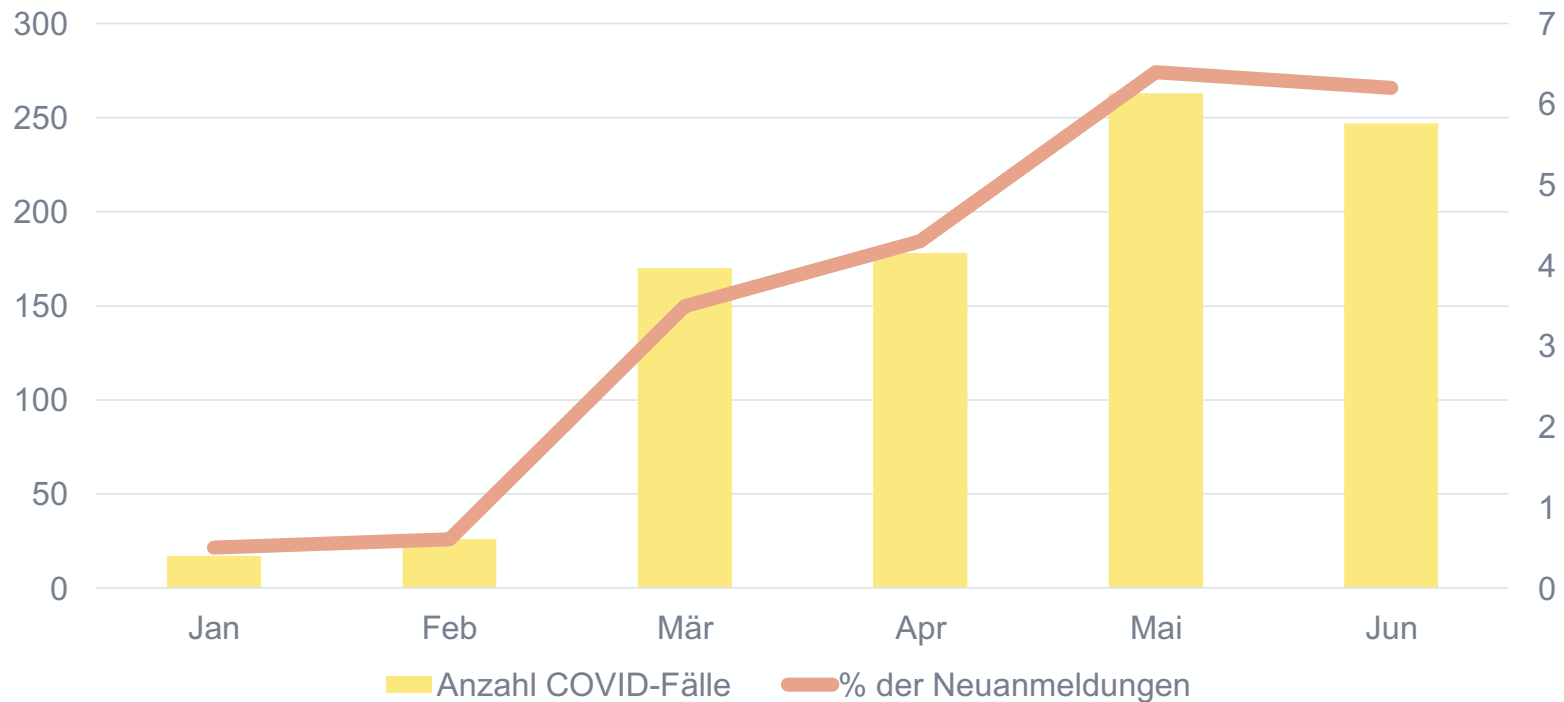
Ausgangslage

Long-COVID betrifft

- bis 1/3 (USA) der COVID-19-Infizierten (unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung)
- zurzeit keine gesicherten Zahlen für die Schweiz
 - über 700'000 positiv getestete Personen
 - hohe Dunkelzifferrate → bis 2.0 Mio. positiv getestete Personen
 - Annahme: mind. 10% der Infizierten haben auch nach 12 Wochen noch Symptome
 - mehrere 10'000 betroffene Personen

Ausgangslage

Neuanmeldungen Long-COVID bei der Invalidenversicherung im 2021:



Quelle: BSV IV / Monitoring COVID-19 / 23.07.2021

Ausgangslage

Long-COVID

- ist stark im Fokus der **Medien**,
- ist Inhalt von **politischen Vorstössen**,
 - «Sicherstellung einer angemessenen Behandlung und Rehabilitation für Menschen mit Long Covid»*
 - «Wissenschaftliche Begleitung von Long-Covid-Fällen»**
- wurde in der **Frühjahres-Session** des Parlaments im März '21 thematisiert,
- wird unter anderem auch im Rahmen von **«Corona Immunitas»** erforscht.

*Postulat Carrobio (21.3014), **Motion Mäder (21.3453)
Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit SR/NR

Projektbescrieb

Das Altea Long-COVID-Netzwerk soll

- in einem **Co-Creation** Ansatz entwickelt werden,
- soll Betroffene, Angehörige, Ärzte, Therapeuten und Forscher **zusammenbringen**,
- soll durch ein **professionelles** Redaktions-/Projektteam* begleitet werden,
- und soll sich laufend **weiterentwickeln**.

*Expertenboard

Projektbeschreibung

Vision

Das Leben von Betroffenen mit Langzeiteffekten der COVID-19-Krankheit **verbessern**.

Mission

Den Betroffenen und ihren Angehörigen **helfen**, mit den Langzeitfolgen von COVID-19 umzugehen.

Fokus

Der Fokus liegt auf der **Ermöglichung des Austauschs zwischen Betroffenen, Ärzten, Therapeuten und Wissenschaftlern** durch eine professionell geführte Online-Plattform. Diese Plattform verschafft den Betroffenen (professionelles) Gehör und bietet eine **systematische, professionelle, ganzheitliche Unterstützung und eine lösungsorientierte, sorgende Gemeinschaft**. Diese Gemeinschaft beginnt auf der virtuellen Ebene; sie kann und soll sich aber auch auf die reale Welt ausdehnen.

Projektbeschreibung

Das Altea Long-COVID-Netzwerk ist jedoch **NICHT**

- einfach ein neues «herkömmliches» Dienstleistungsangebot in Ergänzung zu bestehenden Angeboten,
- ein Angebot, dass zu mehr Patiententerminen (Umsatz) führen wird,
- ein zusätzliches Angebot, dass über defizitäre Tarife (wie z. Bsp. KLV7, BSV) finanziert werden soll.

Projektstand (Ende Juli `21)

- Nov-20: Bewilligung **Projektkredit**
- Dez-20/Jan-21: Rekrutierung **Agentur**
- Mitte Jan-21: **Vereinbarung** unterschrieben
- 29-Jan-21: **Medienmitteilung**, One-Pager-Webseite mit Umfragebögen
- 09-Mär-21: Erster **Newsletter**
- 16-Apr-21: **Webseite 1.0** (Fokus auf Ratgeber)
- 15-Jul-21: **Go-Live Altea Community** (Fokus auf Forum)

Projektstand (Ende Juli `21)

- knapp 500 Fragebogen von Betroffenen, Therapeuten, Ärzten und Wissenschaftlern
- knapp 1'000 Anmeldungen für Newsletter
- bereits 200 Benutzer der Community

Projektstand (Ende Juli `21)

- Webstatistiken:

	28.06.	30.07.
Gesamtzahl Besucher	10'961	15'427
Downloads	2'327	3'509
Page Views	58'170	78'161
Top 10 Länder	CH, DE, USA, A, NL, IT, LI, CN, FR, ES	CH, DE, USA, A, LI, IT, NL, FR, CN, ES

Projektstand (Benutzerfeedback)

«Ich möchte Ihnen von Herzen DANKE! sagen für dieses Sich-endlich-verstanden-fühlen-Netzwerk. Ich selber leide seit 5 Monaten an diffusen Long-COVID-Symptomen, welche bei meinem Hausarzt in Ratlosigkeit und auch Gereiztheit mir gegenüber endeten. Nun erkenne ich mich eins zu eins wieder, meine Geschichte, welche ich hier finde. Herzlichen Dank für alles.»*

«Guten Tag, ich habe eben mit grossem (beruflichem) Interesse Ihre Website studiert. [...] Ganz herzlichen Dank für die grossartige Seite und die vielen guten Anleitungen, die ich sicher auch in anderem Zusammenhang nutzen werde.»**

*Betroffene / **Fachperson

Zukünftige Ausrichtung

Wie soll es weitergehen?

Nächste Schritte

- LUNGE ZÜRICH und APS (Advanced Productions & Support AG) gründen den Verein «Altea Long COVID Network».
- Wechsel von «Altea-Long-COVID Netzwerk» zu «Altea Long COVID Network» («Internationalisierung»).
- Aufschalten der Webseite in F, I und E.
- Aktive Bewerbung und Ausbau des Community-Teils.
- Laufend neue Inhalte.

Vernetzung & Partnerschaften

- Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat Altea kürzlich die (finanzielle) Unterstützung zugesagt.
- Pro Senectute wird finanziell ebenfalls unterstützen.
- Weitere Partner / Sponsoren werden folgen (nun da das BAG zugesagt hat).
- Wir sind im Gespräch mit etlichen Partnern (z. Bsp. Industrie, Krankenkassen, und andere).

Zukunft

Das Konzept «Altea» hat riesiges Potential:

- Als «Raw Model»
 - für den Bereich Long COVID
 - für Länder mit weniger stark entwickeltem Gesundheitssystem
 - fürs Selbstmanagement der Betroffenen
- Aber auch für andere Krankheitsbilder.
- Altea ist in seinem Netzwerk-Konzept einzigartig.

Vielen Dank

www.altea-netzwerk.ch