



Parlamentarisches Begleitgremium COVID-19-Pandemie

8. Sitzung (öffentlich)

28. September 2021

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:33 Uhr bis 18:23 Uhr

Vorsitz: Rainer Schmeltzer (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkte:

- | | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Datenlage – Krankenhausdaten / stationäre Versorgung | 3 |
| | – Gespräch mit Sachverständigen (s. Anlage 1) | |
| 2 | Datenlage – ambulante Versorgung, insb. zu Long Covid (PowerPoint-Präsentation Frau Dr. Claudia Schwenzer, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, s. Anlage 2) | 18 |
| | – Gespräch mit Sachverständigen (s. Anlage 1) | |
| 3 | Verschiedenes | 49 |

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen! Sehr geehrte Gäste! Ich begrüße Sie zur 8. Sitzung des Parlamentarischen Begleitgremiums COVID-19-Pandemie.

Die Tagesordnung haben Sie mit Einladung 17/2023 am 22. September 2021 erhalten. Gibt es Wünsche zur heutigen Tagesordnung! – Nein, dann setze ich Ihr Einverständnis voraus.

Die Sitzung wird per Video-Livestream im Internet übertragen.

Ich rufe auf

1 Datenlage – Krankenhausdaten / stationäre Versorgung

– Gespräch mit Sachverständigen

Das Parlamentarische Begleitgremium möchte heute mit sachverständigen Gästen Sachstand und Fragen zur Datenlage im Bereich der stationären Versorgung erörtern.

Den Sachverständigen wurden vorab einige Fragestellungen übermittelt, auf die wir im Laufe des Gesprächs eingehen wollen. Ich möchte sie noch einmal stichprobenartig aufführen:

- Wie stellt sich die Entwicklung der Bettenkapazitäten – mit jeweiligem Zeitstrahl – zur Entwicklung
 - der Anzahl und Auslastung der Intensivbetten,
 - des Anteils der COVID-Belegung und
 - des Anteils der Beatmungen dar?
- Gibt es ein vernetztes Arbeiten für Diagnosen und Therapien?
- Welche Konsequenzen ergeben sich für zukünftige Planungen bzw. wie können die Erfahrungswerte für zukünftige Planungen genutzt werden?
- Wird die Pandemie Veränderungen für die Ausbildung/Weiterbildung von Fachkräften mit sich bringen?

Ich freue mich, hier im Sitzungssaal für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen Herrn Sascha Klein, Vizepräsident, und Herrn Dr. Peter-Johann May, Referatsleiter „Medizin“, begrüßen zu dürfen. Zugeschaltet per Video ist Herr Univ.-Professor Dr. André Karch, Stellvertretender Institutsdirektor und Leiter Klinische Epidemiologie des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster.

Eingeladen war auch eine Vertreterin oder ein Vertreter der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina. Von dort haben wir leider keine Rückmeldung zur Teilnahme erhalten.

Herzlichen Dank, dass Sie uns heute zur Verfügung stehen.

Zunächst geben wir Ihnen als Sachverständigen die Gelegenheit, in einem kurzen Statement Ihre Einschätzung bzw. Ihnen wichtige Punkte zum Thema dem Gremium

darzulegen, danach gehen wir in die Diskussion. Alle Fraktionen stellen Fragen, und erst am Ende der jeweiligen Fragerunde kommen wir in die Antwortrunde.

Sascha Klein (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Zunächst darf ich mich bedanken, dass wir als Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zu dem Thema gehört werden. Ich werde versuchen, mich in meinem Eingangsstatement kurz zu fassen und das Thema „statistische Kennzahlen hinsichtlich Bettenbelegung“ ein bisschen auszuklammern. Ich könnte mir vorstellen, dass Herr Professor Karch einiges dazu sagt.

Schwerpunkt unseres Statements ist ein Blick auf die vernetzte diagnostische und therapeutische Zusammenarbeit in der Coronapandemie. Seit vielen Jahren – bundesweit, aber vor allem auch in NRW – arbeiten Krankenhäuser auf informeller und formeller Ebene zusammen, oftmals auch in regionalen Kooperationen, obwohl die Krankenhäuser in einem enormen Wettbewerb stehen.

Die Krankenhäuser haben während der Pandemie in besonderer Weise enger zusammenrücken und sich austauschen müssen, um ein Überlaufen der Intensivkapazitäten zu verhindern und um freie und belegbare Betten anderer Kliniken mitzunutzen.

Thema „Digitalisierung“: Es gab in NRW in den vergangenen fast zehn Jahren tolle Projekte, 2014 ist zum Beispiel TIM, Telematik in der Intensivmedizin, gestartet. Da ging es um infektiologische und intensivmedizinische Zusammenarbeit verschiedener Kliniken – ein Thema, das bei der COVID-Erkrankung besonders im Mittelpunkt steht.

Ein weiteres Innovationsformprojekt ist TELnet@NRW, das ist vielleicht dem einen oder anderen ein Begriff. Auch hier ging es um Infektiologie und Intensivmedizin. Da haben zwei Universitätskliniken aus Nordrhein-Westfalen, viele Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie niedergelassene Ärzte kooperiert. Dabei haben sie sich über ein digitales Portal Wissen ausgetauscht und Behandlungspfade und Therapien abgestimmt.

Aus diesen Vorläufern ist letztlich das Virtuelle Krankenhaus entstanden, das Sie sicherlich kennen und das während der Pandemie mit einer ersten Indikation – Infektiologie und Intensivmedizin – salopp gesagt scharfgeschaltet wurde. So wurde den Krankenhäusern in NRW eine Möglichkeit zur Verfügung gestellt, über ein Videokonferenzsystem infektiologische Kompetenz auf die eigene Intensivstation zu ziehen.

Infektiologen sind rar, und man braucht sie auch nicht in jedem Haus der Grund- und Regelversorgung. Aber während der Pandemie hat es in vielen Krankenhäusern eine wohnortnahe Versorgung gegeben. Um eine ideale Versorgung der Patienten auf den Intensivstationen zu ermöglichen, brauchte man hier und da die entsprechende Kompetenz, die man sich auf diesem Weg hinzuschalten konnte.

Neben der Zusammenarbeit der Kliniken untereinander möchte ich die Zusammenarbeit mit den lokalen Gesundheitsämtern – sowohl auf Kreisebene als auch in den kreisfreien Städten – und den Bezirksregierungen nicht unter den Tisch fallen lassen. Man hat sich regelmäßig, in den Hochphasen der Pandemie wöchentlich, in Telefon- oder

Videokonferenzen ausgetauscht und sich abgestimmt, um zu verhindern, dass einzelne Regionen so zulaufen, dass eine Versorgung der COVID- und aller anderen Patienten – Schlaganfälle, Herzinfarkte, Unfallverletzte – nicht ausreichend gesichert ist.

Man hat dann in den verschiedenen Bezirksregierungen sogenannte Single Point of Contact, SPoC, eingerichtet. Dort konnten sich Krankenhäuser melden, wenn sie überregionale Versorgungskapazitäten benötigten, weil man in der eigenen Region die eigenen Patienten nicht mehr verlegen konnte. Dann konnten über diesen SPoC überregional freie Bettenkapazitäten – auch mit Spezialtherapieangeboten wie beispielsweise ECMO-Therapien – zur Verfügung gestellt werden. Das Kleeblattprinzip ist so eine Methode, die in diesem Zusammenhang auch genannt wird, weil die freien Betten teilweise auch außerhalb NRWs gesucht und vermittelt wurden.

Einen weiteren Aspekt, den ich benennen will, ist die Frage nach den zukünftigen Planungen, zu berücksichtigenden Dingen und Erkenntnissen. Im Krankenhausplan, der in NRW neu auf die Beine gestellt wird, ist vorgesehen, einen sogenannten Pandemiepuffer einzubauen.

Dazu sind noch einige Fragen offen, insbesondere zu den Vorhaltekosten und der Finanzierung. Diese Dinge werden nicht im Land geregelt, sondern im Bund. Aber man hat das Thema zumindest adressiert, und man möchte es berücksichtigen.

Zudem war ursprünglich vorgesehen, dass jeder Bürger in NRW ein Krankenhaus in 30 Minuten erreichen soll. Mittlerweile sollen 90 % der Bevölkerung eines Versorgungsgebietes in 20 Minuten ein Krankenhaus erreichen. Ich glaube, dass dies auch eine Erkenntnis aus der Pandemie ist, weil ein Großteil der Bevölkerung ortsnah gut versorgt werden konnte.

Das sind Themen, die die Landesregierung gemeinsam mit der SPD-Landtagsfraktion jüngst in einem Antrag zur Gesundheitspolitik eingebracht hat. Auch die NRW-Grünen streben in ihrem Ende August verabschiedeten Leit Antrag eine am EU-Wirtschaftsrahmen ausgerichtete Produktion wichtiger Gesundheitsgüter und deren zentralen Bevorratung an. Es ist auch eine Erkenntnis, dass wir uns etwas unabhängiger vom Weltmarkt machen sollten.

Prof. Dr. med. André Karch (Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Klinische Epidemiologie [per Video zugeschaltet]): Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier ein Vorabstatement geben zu können. Ich möchte vorausschicken, dass ich kein Kliniker bin und dementsprechend auch die Prozesse innerhalb der Kliniken nur sehr begrenzt einschätzen kann – auch wenn ich Medizin studiert habe. Ich versuche vielmehr als Infektionsepidemiologe die entsprechende Sichtweise für die Populationsebene zu vertreten.

Schon zu Beginn der Pandemie war relativ klar, auch politisch, dass die Verhinderung der Überlastung der stationären Versorgung eines der zentralen Ziele in der Bewältigung dieser Pandemie darstellt. Dabei sind die Betten auf den Intensivstationen sowie die zugehörige personelle Ausstattung als Engpass identifiziert worden, vor allem, wenn keine sonstigen Einschränkungen der weiteren medizinischen Versorgung mit entsprechenden Folgen stattfinden sollten.

Dadurch gab es ein frühes Verständnis dafür, dass entsprechende Grundlagen an Datenstrukturen geschaffen werden müssen, um quasi in Echtzeit abschätzen zu können, wie sich die Situation jeweils gerade darstellt.

Es hat sich früh gezeigt, dass in Deutschland die vorhandene Dateninfrastruktur zu Beginn der Pandemie dafür nicht geeignet war. Entsprechend haben verschiedenste Institutionen sehr früh damit begonnen zusammenzuarbeiten, um die Voraussetzungen dafür zu schaffen, eine entsprechende Datenlage zur Verfügung stellen zu können.

Hier ist besonders die Zusammenarbeit zwischen DIVI und RKI zu nennen, die begonnen haben, das bestehende DIVI-Intensivregister so aufzustellen, dass eine Surveillance der Kapazitäten ermöglicht wird.

Dabei hat sich aber auch gezeigt, dass im Prozess trotz der hervorragenden Arbeit der Kolleginnen und Kollegen unterschiedliche Probleme aufgetreten sind, die typisch für die Zusammenführung von Daten aus verschiedensten Quellen in einem so komplexen Gesundheitssystem wie dem deutschen mit teilweise staatlicher und teilweise privater Steuerung sind.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist es etwas ganz Zentrales gewesen, über kurzzeitige oder auch langfristige szenariobasierte Prognosen zu versuchen vorherzusagen, ob das Gesundheitssystem in Bezug auf die genannten Größen an eine Belastungsgrenze kommen kann. Hierfür waren und sind weitaus detailliertere Informationen notwendig, zum Beispiel zu altersspezifischen Liegezeiten in unterschiedlichen Levels der Versorgung, als die Informationen, die tatsächlich verfügbar waren und sind.

In diesem Teil der Pandemic-Response-Arbeit war unser Blick auch immer auf das Ausland gerichtet. So konnten wir hierzulande nicht vorhandene Daten mit Daten aus dem Ausland, vor allen Dingen aus dem Vereinigten Königreich, ersetzen.

Durch die neuen Varianten, aber auch durch die Fortschritte im Wissen und in der klinischen Versorgung veränderten sich diese Parameter in der Pandemie fortlaufend. Der Anteil der Patienten, die zum Beispiel beatmet werden müssen – auch altersspezifisch gerechnet, wenn man das Alter herausrechnet –, hat sich über die Pandemie hinweg sehr stark verändert, sodass – wenn man in dem Bereich der Pandemic Response reingehen möchte – eine bessere Datengrundlage weiterhin notwendig ist.

Hier ist sicherlich ein wesentlicher Spielraum für Verbesserungen in der Zukunft. Aber wenn man für die nächste Pandemie planen möchte, muss man auch sagen, dass die nächste Pandemie anders sein wird als die jetzige. Sie wird mit einem anderen Erreger, der wahrscheinlich ein anderes Krankheitsbild hervorruft, verbunden sein. Dies wird zur Folge haben, dass andere Datengrundlagen benötigt werden, um eine Einschätzung geben zu können, wie man möglichst gut die Pandemie steuern kann.

Unabhängig davon hat die Pandemie gezeigt, dass der Aufbau nachhaltiger, flexibler Infrastrukturen in den Zeiten, in denen keine Pandemie herrscht, ganz zentral ist, um gut vorbereitet zu sein. Diese Infrastrukturen verursachen fortlaufend Kosten, können aber nur im Notfall eingesetzt werden. Das ist ein ganz wesentlicher Gesichtspunkt, wenn man über grundlegende Infrastrukturen und Daten für Entscheidungsfindungsprozesse in diesem Bereich nachdenkt.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Wir beginnen mit der Fragerunde.

Marco Schmitz (CDU): Vielen Dank für Ihre Stellungnahmen und Ihre Kurzstatements. Schon in den ersten Sitzungen dieses Ausschusses haben viele bemängelt, dass wir zu wenige Daten haben oder dass Daten nicht vernünftig ausgewertet und genutzt worden sind. Das ist der Grund, warum wir heute diese Datenlage mit Ihnen diskutieren wollen.

Ich habe zwei konkrete Fragen. Herr Klein, Sie haben eben gesagt, dass Daten auch übergreifend erhoben wurden. Sie haben das Virtuelle Krankenhaus genannt und erläutert, dass dies auch genutzt worden ist. Aber daran waren verschiedene Infektiologen beteiligt. Sind die dort ausgetauschten und erhobenen Daten verarbeitet, gesammelt oder weiter genutzt worden? Oder ist das so weitergegebene Wissen verloren? Das wäre tragisch, wenn das Wissen vorhanden war, aber nicht weitergegeben wurde.

Meine nächste Frage geht auch an Herrn Professor Karch: Sie haben eben gesagt, dass Sie jetzt schon wissen, dass bei einer zukünftigen Pandemie die heutigen Daten nicht unbedingt zu gebrauchen sind und man sich auf andere Daten einstellen muss.

Wir haben auch schon gehört, dass im Vereinigten Königreich der NHS wesentlich besser Daten gesammelt und aufgearbeitet hat. Wie können wir eine Infrastruktur schaffen, um Daten in Pandemien zu speichern und zu verarbeiten? Müssen Rechenzentren zur Verfügung gestellt werden? Wo wird das Ganze gemacht? Muss das in einer Universitätsklinik passieren? Müssen wir dafür ein Zentrum einrichten? Was brauchen wir als Grundvoraussetzung an Infrastruktur, um das zumindest technisch umsetzen zu können? Und was brauchen wir in den Krankenhäusern selber? Wie müssen die Ärzte und die Kliniken darauf vorbereitet sein, damit sie in die Lage versetzt werden, dass sie eine entsprechende Schnittstelle dafür haben. Denn wir haben in der Pandemie gelernt, dass die Schnittstellenproblematik riesig war. Wie werden die Daten vernünftig transferiert? Was würden Sie uns in diesen Fragen empfehlen?

Angela Lück (SPD): Auch von der SPD-Fraktion ein herzliches Dankeschön an die Experten, dass Sie uns heute zur Verfügung stehen. Wir haben nun schon einiges gehört, und manchmal ergeben sich daraus wieder ganz andere Fragen.

Herr Klein, Sie haben den Krankenhausplan NRW angesprochen. Es gibt die Befürchtung, dass mit einem neuen Krankenhausplan auch ein neuer Zuschnitt und eine andere Versorgungslage in NRW dargestellt wird. Wie sehen Sie das? Auch wenn eine nächste Pandemie vielleicht andere Auswirkungen hat, aber müssen wir uns nicht auch in der Krankenhausplanung damit befassen und uns darauf einstellen, dass wir ausreichend Behandlungsmöglichkeiten haben? Hat das aus Ihrer Sicht Einfluss auf die Wegezeit gehabt oder muss nicht auch die Quantität bezüglich Krankenhausbetten angepasst werden?

Professor Karch, Sie haben eine bessere Datengrundlage angesprochen. Was stellen Sie sich darunter vor? Was ist mit den Daten, die erhoben worden sind? Was hat man damit gemacht? Sind die nur gemeldet worden?

Wir haben fast täglich Berichte aus dem Gesundheitsministerium erhalten, wie viele Betten belegt sind, wie viele Beatmungen es gab. Hat man mit diesen Daten etwas unternommen? Hat man damit gesteuert?

Ich weiß, dass sich die Krankenhäuser untereinander – gerade wenn es um ECMO-Therapien ging – durchaus ausgetauscht haben. Die Hardware ist zwar in vielen Krankenhäusern vorhanden, aber nicht das Fachpersonal, das diese Hardware auch bedienen kann. Das war, glaube ich, ein großer Missstand in dieser Pandemie. Wie kann das aus Ihrer Sicht verbessert werden?

Was brauchen wir aus Ihrer Sicht für eine wirklich nachhaltigere Infrastruktur? Fehlen nur Krankenhausbetten oder müssen wir uns in speziellen medizinischen Bereichen besser aufstellen?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch von meiner Seite ein herzliches Dankeschön für die Statements. Für mich haben sich daraus einige Fragen ergeben.

Herr Klein, es gibt eine wenig beachtete Studie, die das BMG in Auftrag gegeben hat. Die dort erhobenen Zahlen zeigen, dass das Jahr 2020 von der Krankenhausbettenbelegung eher ein unterdurchschnittliches Jahr war im Vergleich zu den, glaube ich, letzten zehn Jahren. Man geht von einer 16-prozentigen Unterbelastung aus.

Die Intensivkapazität war insgesamt zu rund 2 % mit COVID-Patienten belegt. In Spitzenzeiten waren rund 5 % der Patienten, die eine intensivmedizinische Behandlung erfahren haben, COVID-Patienten.

Meine Frage in diesem Zusammenhang: Sicherlich kam es zu regionalen Hochbelastungen. Das hat Herr Professor Hallek, den ich persönlich sehr schätze, von der Medizinischen Klinik I der Universitätsklinik Köln mehrfach im WDR beklagt. Wenn man nun diese Zahlen nimmt: Inwieweit konnte sich der Eindruck auch in der Öffentlichkeit verfestigen, dass wir es quasi flächendeckend mit einer Überlastung des Gesundheitssystems zu tun haben? Andersrum gefragt: Bringt eine zweiprozentige Belegung mit einem weiteren Keim unser Gesundheitssystem ans Limit? Fahren wir dauerhaft so am Limit, dass eine zweiprozentige Zusatzbelastung unsere intensivmedizinischen Kapazitäten quasi vor das Aus stellen würde?

Sie sprachen die SPoCs an: Wie oft wurden diese denn 2020 herangezogen? Wie wurde dieses, wie ich finde sehr schöne, Instrument genutzt?

An Herrn Karch würde ich gerne zwei weitere Fragen stellen: In der Vergangenheit wurden in der Epidemiologie mathematische Konzepte zugrunde gelegt, die sich im Nachhinein leider als falsch herausgestellt haben, etwa was das Wachstum der Inzidenzen anging.

Die Retrospektive ist sicher oft die sicherste Perspektive. Daher möchte ich fragen, inwieweit man die Fehler aus den damaligen Berechnungen mittlerweile analysiert hat. Was führte dazu, dass man ein derart exponentielles Wachstum zugrunde gelegt hat, was sich am Ende in der Realität nicht gezeigt hat? Und daraus abgeleitet: Inwiefern zeigt sich jetzt für das aktuelle Jahr 2021 und für den Spätherbst und den Winter noch

eine reelle Gefahr der Überlastung für unser Gesundheitssystem – auch vor dem Hintergrund der Studie, die ich eben zitiert habe?

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Wir fangen mit der Beantwortung der ersten Runde an.

Sascha Klein (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Ich fange einmal an, vielleicht kann Herr Dr. May gegebenenfalls ergänzen.

In der ersten Frage ging es um die Konsile – so nennen wir das im Krankenhaus, wenn ein Arzt den anderen unterstützt und eine besondere Expertise mit in die Behandlung einbringt.

Das Besondere hier ist, dass diese Ärzte nicht vor Ort sind und nicht ins Haus kommen, sondern virtuell hinzugeschaltet werden, teilweise über weite Distanzen. Das hat mit TIM, TELnet@NRW und dem Virtuellen Krankenhaus ganz hervorragend geklappt. Das ist eine Arzt-zu-Arzt-Beziehung; eine Beratung sicherlich auch am Patientenbett.

Ich glaube schon, dass da ein Wissenstransfer stattfindet. Aber auch über Konsile wird aus einem Internist kein Infektiologe, auch wenn er das dann häufiger macht. Zumindest bleibt immer etwas hängen.

Auf der anderen Seite glaube ich gar nicht, dass das notwendig ist. Das Instrument muss da sein – ein Register an Kompetenzen, die auch ein kleineres Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung bei Bedarf hinzuziehen kann. Damit kann dann sogar eine Verlegung eines Patienten in eine Einrichtung, die vielleicht noch besser behandeln kann, abgestimmt werden. Wir haben in Deutschland ein gestuftes System der Versorgung. Alle Krankenhäuser können nicht alles, das ist auch gar nicht erforderlich und nicht gewollt.

Zum DIVI-Register, IG NRW und den Fragen, welche Zahlen wir sehen, welche und wie viele Betten frei sind und ob die Betten mit beatmeten oder nicht beatmeten Patienten belegt sind: Es ist aus meiner Sicht stets so ausgestaltet gewesen, dass alles bürokratiearm funktioniert. Trotzdem müssten jeden Tag zahlreiche Felder ausgefüllt werden. Es wäre schon wünschenswert, wenn wir das so auch über die Pandemie hinaus weiterführen, dass das elektronisch geht. Das ist heutzutage über Schnittstellen aus den diversen Krankenhausinformationssystemen auch machbar. Und wenn ich das richtig verstanden habe, ist das sogar im Krankenhauszukunftsgesetz einer der Fördertatbestände, die man ansteuern kann, um sich das aus dem großen Topf, der den Krankenhäusern zur Verfügung steht, teilweise zahlen zu lassen.

Der Krankenhausplan ist angesprochen worden. Vorhaltepuffer sollen jetzt dort vorgesehen werden. Hierzu muss man sagen: Es ist schwierig, die richtige Zahl der Krankenhausbetten und der Abteilungen eines Hauses im Vorfeld einer Pandemie, die man auch nicht richtig vorhersehen kann, festzulegen.

Auf der anderen Seite haben wir Tendenzen der Ambulantisierung, der Verweildauerverkürzung, die auch weitergehen. Es werden ohnehin in den nächsten Jahren noch Kapazitäten frei. Betten, auch Intensivbetten, haben wir genug, aber diese müssen

betrieben werden können. Im pflegerischen Bereich, insbesondere auch bei den Intensivpflegekräften, aber auch im ärztlichen Bereich, haben wir dort unsere Grenzen.

Das waren auch die Grenzen bei der Versorgung der COVID-Erkrankten, um zur nächsten Frage zu kommen. Ich kenne die angesprochene Studie nicht selbst, aber ich kenne die Daten aus dem Land, die letzte Woche veröffentlicht wurden. Durchschnittlich haben wir einen erheblichen Belegungsrückgang. Das hat verschiedene Gründe. Auch die Sorge vieler Patienten vor dem Gang in das Krankenhaus im letzten Jahr spielt dabei eine Rolle.

Wir haben das sehr deutlich gemerkt: Wenn keine Schule ist, wenn man im Lockdown zu Hause ist und nicht zur Arbeit fährt, dann bleiben Schul- und Arbeitsunfälle aus. Zudem sind Menschen wichtige Eingriffe nicht angegangen. Sie haben lieber noch gewartet, was auch nicht immer gesund ist. Sie sind zwar später ins Krankenhaus gekommen, aber nicht zu dem Zeitpunkt, als es eigentlich angeraten war. Ich glaube, viele sind auch komplett ferngeblieben.

Wir haben das in der Kinderheilkunde und in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in ganz besonderer Weise gesehen. Diese beiden Disziplinen sind sehr stark eingebrochen – ich glaube, über 20 %.

Planbare Eingriffe, die funktionale Störungen beheben, die man aber auch einmal ein halbes Jahr später operieren kann, wurden aufgeschoben, weil man, wenn sich vielleicht eine Nachbeatmungszeit oder eine Intensivverweildauer an die OP anschließt, genau diese Ressourcen schonen wollte, um einem Anwachsen der COVID-Erkrankten, der beatmungspflichtigen Patienten vorzubeugen. Das ist auch passiert.

Die Intensivbetten, die man betreiben konnte, wollte man auch betreiben. Diese musste man aber vorher freimachen. Das war eigentlich das Skurrile.

Die Versorgung von COVID-Erkrankten – das war auch eine Lernkurve im April und Mai vergangenen Jahres – ist extrem pflegeaufwendig. Man war nicht in der Lage, Reserven zu heben, auch wenn alle alles aus sich herausholen. Man muss Schutzkleidung tragen, man musste – es gab im letzten Jahr noch keine Impfungen – darauf achten, dass man sich selber nicht infiziert und die Infektion ins häusliche Umfeld trägt.

Da konnten die Intensivstationen nicht über sich hinauswachsen. Wir hatten viele Betten, aber wir konnten sie nicht betreiben – auch wenn die Planungen vielleicht anders waren, weil man einfach noch nicht wusste, wie aufwendig die Behandlung werden wird. Diese Erfahrung mussten wir in unseren Häusern machen.

Ja, wir hatten in vielen Bereichen eine deutliche Reduktion der Auslastungszahlen, aber dies hat uns nicht auf den Intensivstationen geholfen. Eine Pflegekraft auf einer chirurgischen Station arbeitet dort, weil sie dort arbeiten möchte. Sie macht ganz bewusst keine Intensivmedizin, und man kann sie auch nicht dazu zwingen. Insofern hört sich das theoretisch oft gut an, aber es funktioniert einfach in der Praxis nicht.

Es gab einen starken Einbruch; aktuell erholen sich die Zahlen, aber wir bleiben immer noch unter dem Stand vom Vor-Corona-Jahr 2019. Das ist sicherlich auch eine Sorge, die alle Häuser umtreibt, wie es ab 2022 weitergeht. Sie wissen auch: Das Geld hängt

letztlich am Fall, und wir haben aktuell keine Vorhaltefinanzierung. Deswegen müssen wir wieder dahin zurück, wo wir herkommen.

Es gab noch eine Frage zu den SPoCs und deren Inanspruchnahme: Aus den Informationen, die uns vorliegen, wurden diese SPoCs selten in Anspruch genommen. Sie hatten eher eine koordinierende Wirkung und haben sich ständig informiert gehalten. Ich weiß aus meinen Häusern, dass wir sie gelegentlich genutzt haben. Im Rheinland hatten wir eine sehr hohe Inzidenz, und unsere Intensivstationen sind sozusagen vollgelaufen. Deshalb haben wir das eine oder andere Mal am Tag und auch in der Nacht den SPoC kontaktieren müssen, um freie Intensivkapazitäten außerhalb unseres Versorgungsgebietes zu suchen.

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen): Nur ein paar kurze Ergänzungen: Beim Thema „Wissen“ müssen wir verschiedene Ebenen betrachten. Die Versorgungsstrukturebene ist bereits diskutiert worden. Das Krankenhausmodul MediRIG und DIVI sind beide im Verlauf der Coronaepidemie verpflichtende Instrumente geworden.

Wir haben relativ gut gewusst, wo welche Betten frei sind. Das war dann auch die Diskussions- und Koordinierungsbasis für die SPoCs, für die Bezirksregierungen, für das Ministerium, für die Gesundheitsämter, für die Kommunikation der Krankenhäuser untereinander.

Wenn wir jetzt in die Fachlichkeit einsteigen, dann gibt es hier auch verschiedene Ebenen, die sich in der Coronapandemie deutlich verbessert haben. Das eine ist das Lernen unter Peers, also unter Gleichen. Das heißt, die Ärzte haben sich gegenseitig unterstützt, je nachdem, in welcher Versorgungsebene sie tätig waren. Der Universitätsmediziner hat dem Grund- und Regelversorger geholfen – aber auch umgekehrt. Denn es sind immer wieder verschiedene Aspekte der Versorgung in den unterschiedlichen Versorgungsebenen relevant geworden.

Wir haben an den genannten Projekten TIM und TELnet gesehen, dass wir über eine telemedizinische, intensivierete Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versorgungsstufen und auch zwischen stationär und ambulant zum Beispiel die Implementierung von Leitlinien deutlich forciert haben.

Das ist ein Effekt, den wir auch in der Coronapandemie gesehen haben: Sepsis-Behandlung, S3-Leitlinie. Es dauert in der Regel 4-5 Jahre, bis so eine Leitlinie wirklich bis in die letzte Versorgung angekommen ist. Das kennen Sie auch aus Ihren fachlichen Kompetenzprofilen, dass die reine Wissenschaft ein bisschen braucht, bis alles in der Versorgung angekommen ist. Das ist nun deutlich schneller gelaufen, zum Beispiel ist auch die Leitlinie zur Versorgung des akuten Lungenversagens deutlich schneller angekommen.

Es gibt von den Fachgesellschaften Empfehlungen „Choosing wisely – klug entscheiden“. Das sind sehr einfache, profane Merksätze, die sowohl durch die telemedizinische Kommunikation als auch durch die intensivierete Kommunikation zwischen einzelnen Kliniken klassisch per Telefon transportiert worden sind.

Wichtig ist auch die dritte Ebene, die ebenfalls intensiv bespielt worden ist: die rein wissenschaftliche Ebene. Natürlich sind aus den Erfahrungen auch Studien relativ schnell veröffentlicht worden. Das war ein ganz wichtiger Effekt innerhalb der Coronapandemie, dass man schnell durch die Review-Verfahren der Journale gekommen ist, dass man schnell Daten präsentiert hat – auch wenn diese Daten noch nicht auf dem Niveau evaluiert sind, wie wir es sonst in der Wissenschaft kennen.

Aber wir hatten ganz einfach Zeitnot. Wir mussten innerhalb von Wochen und Monaten die verfügbaren Daten – die nach den ersten Monaten immer nur die halbe Wahrheit sein können – schnell publizieren und mussten darüber schnell diskutieren.

Die Therapieschemata haben sich angepasst; die Beatmungsschemata haben sich angepasst. Wir haben zu Anfang relativ viel invasiv beatmet, das heißt mit einem Tubus. Dann haben wir irgendwann gelernt, dass vielleicht sogar die nichtinvasive Beatmung mit Maskensystemen die bessere ist.

Das Virtuelle Krankenhaus hat sehr schnell Daten veröffentlicht – demnächst auch wieder in einem anästhesiologischen Fachjournal. Insofern haben wir verschiedene Ebenen gesehen, wo wir relativ schnell einen Wissensaufbau hinbekommen haben.

Das entscheidende wird jetzt sein, dass – wenn wir irgendwann einmal hoffentlich aus der Coronaepidemie herausgekommen sind – wir das alles anhand von gesammelten, vernünftig evaluierten und statistisch noch besser aufbereiteten Daten noch einmal sehr seriös überprüfen. Dann können wir erst eine Gesamtbilanz zur Coronapandemie ziehen.

Zweiter Punkt: Der Aufwand bei COVID ist erwähnt worden. Da kann man locker einmal den Faktor 2 draufzählen. Das Ideale auf einer Intensivstation ist vielleicht eine Eins-zu-eins-Betreuung bei einem intensivtherapiepflichtigen Patienten, eins zu zwei bei einem überwachungspflichtigen Patienten. In der COVID-Pandemie haben wir in der Behandlung Zwei-zu-eins-, Drei-zu-eins-Schlüssel gesehen. Wenn Sie einen 1,80 m großen Mann mit 85 Kilo auf dem Bauch beatmen, dann brauchen Sie drei oder vier sehr toughe Mitarbeiter auf der Intensivstation, die den Patienten auch in Bezug auf die Lagerung regelmäßig versorgen.

Herr Vincentz, die Zahlen, die Sie angeführt haben, stimmen mit Sicherheit, aber man muss sie runterbrechen auf Regionalität und Aktualität. Wir hatten mehrere Spitzen. Eine Spitze hatten wir zwischen der 52. und 54. Kalenderwoche in Nordrhein-Westfalen. Da waren 20 % unserer Patienten auf der Intensivstation COVID-Patienten. Wenn Sie da den Personalaufwand hineinrechnen, dann sind es vielleicht 40 oder 50 % im Vergleich zu Schlaganfall-, Herzinfarkt- oder Sepsispatienten.

Einen zweiten Peak hatten wir zwischen der 16. und 20. Kalenderwoche dieses Jahres. Auch da hatten wir wieder eine erhebliche Belastung der Intensivstationen.

Am Ende ist man immer klüger. Aber wir haben auch eindeutige temporäre Hotspots in der Versorgung gesehen, wo wir uns große Sorgen machen mussten: Wenn das noch zwei Wochen so weitergegangen wäre, hätten wir eben nicht mehr den Verkehrsunfall, den Schlaganfall oder den Herzinfarkt vernünftig versorgen können.

Der Krankenhausplan ist parallel in die Coronapandemie hineingerutscht. Als wir im November 2019 damit angefangen haben, ging Corona gerade los, nur wussten wir es noch nicht. Als Corona dann 2020 richtig losging haben wir in den vielen Sitzungen natürlich auch über die Coronapandemie miteinander diskutiert.

Herr Karch hat es gesagt: Wir haben hier ein außergewöhnliches Ereignis, und es ist schwierig zu antizipieren, was danach kommt, welche außergewöhnlichen Belastungen des Gesundheitssystems kommen werden.

Deswegen ist Vorsorge auch ein bisschen wie ein Orakel. Gewiss weiß man, dass wir eine starke Infektiologie brauchen. Daran arbeiten wir gemeinsam seit vielen Jahren. Fachlichkeit, Krankenhäuser, Politik und wir alle arbeiten gemeinsam an Antibiotic Stewardship Teams, wir machen regelmäßige Umfragen in Krankenhäusern, wir schärfen die entsprechenden Regelungen im Infektionsschutzgesetz, um eine gute Basis zu haben.

Das Thema „Infektiologie“ ist quasi ein Sonderthema, ein besonderes Angebot im Krankenhausplan. Das wird nicht über Leistungsgruppen und Leistungsbereiche geplant. Ähnlich ist es bei der Intensivmedizin. Auch das ist ein besonderes Thema im Krankenhausplan; es gibt eine Leistungsgruppe, aber in drei verschiedenen Ausprägungen.

Insofern glaube ich, dass dieses Thema mitgedacht wird. Aber man wäre falsch beraten, jetzt schon sehr konkrete Dinge zu machen. Wir bewegen uns eher auf einem Grundrauschen: Intensiv, Hygiene, Personal – das sind die Dinge, um mit solchen Sachen auszukommen.

Prof. Dr. med. André Karch (Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Klinische Epidemiologie [per Video zugeschaltet]): Ich möchte die Fragen von Frau Lück und Herrn Schmitz zusammenfassen, weil sie eine sehr ähnliche Zielrichtung haben. Die Fragen waren im Wesentlichen, wie wir uns in Zukunft vorbereiten können und was wurde mit den Daten gemacht, die so umfangreich zur Verfügung gestellt wurden.

Ich darf zunächst einmal feststellen, dass die Daten, die zur Verfügung gestellt wurden oder zur Verfügung standen, immer in Echtzeit genutzt wurden – so gut sie eben nutzbar waren. Die Daten waren sehr wertvoll. Sie waren, egal ob sie aus dem DIVI-Register, aus IG NRW oder sonst woher stammen, ganz zentral für die Evaluation auf unterschiedlichen Ebenen.

Aber die Zeit, bis die Daten in einer Qualität zur Verfügung standen, dass sie auch für komplexere Fragestellungen nutzbar waren, war zu lang, weil die grundsätzliche Infrastruktur vorab nicht zur Verfügung stand oder zumindest nicht implementiert war.

Wenn wir über die Zukunft und Pandemic Preparedness sprechen, ist das der zentrale Punkt, bei dem wir insgesamt besser werden müssen.

Viele wichtige Punkte wurden schon angesprochen. Schnittstellen müssen implementiert sein, bevor die Notlage kommt, und es muss vorab klar sein, dass die entsprechenden Systeme kooperieren können. Wenn wir dieses Thema erst innerhalb einer

Pandemie entwickeln bzw. implementieren, dann hat man an allen Ecken in den Krankenhäusern, im öffentlichen Gesundheitsdienst Probleme – sowohl mit der Schulung der entsprechend beteiligten Personen als auch mit der Zusammenführung der verschiedenen Systeme in eine gemeinsame IT-Infrastruktur.

Die Notwendigkeit besteht darin, dass wir solche Strukturen dauerhaft nachhaltig vorhalten und diese auch aktualisieren. Das muss man entsprechend diskutieren, weil das auch teuer ist. Aber wenn wir uns so wie jetzt diskutiert vorbereiten wollen, dann ist das eine *Conditio sine qua non*. Das betrifft nicht nur IT-Infrastrukturen, sondern auch die Infrastrukturen, um entsprechend schnell Studien umsetzen zu können.

Es wurde diskutiert, was Großbritannien, das Vereinigte Königreich anders macht. – Die haben eben diese Infrastrukturen, die haben laufende Pendel, laufende Kohortenstudien, die fortlaufend auf neue Herausforderungen adaptiert und dementsprechend sofort eingesetzt werden können.

Warum können die das vorhalten? – Mein Bereich ist der der mathematischen Modellierung. In Deutschland hatten wir vor der Pandemie vielleicht eine einstellige Zahl von Arbeitsgruppen, die sich mit dem Bereich der infektionsdynamischen Modellierung beschäftigt hatten. In Großbritannien hatten wir vor der Pandemie allein am Imperial College in London jeweils 150 Vollzeitbeschäftigte, die nichts anderes als mathematische Modellierungsprojekte „Infektionsdynamik“ gemacht haben.

Das ist ein kulturelles Phänomen, da dort evidenzbasierte Modellierungsergebnisse zum Beispiel auch in die Entscheidungsfindungen außerhalb der Pandemiesituation einfließen. Das bedeutet aber auch, dass sehr viele Ressourcen – und auch Expertise – vorhanden sind, die auch entsprechend genutzt werden können.

Wenn man in diesem Bereich besser dastehen möchte zu Beginn einer Pandemie oder eines neuen außergewöhnlichen Ereignisses, dann muss man in nachhaltige Infrastrukturen investieren.

Herr Vincentz hatte drei Fragen gestellt. Die Frage zur Unterbelastung hatten die Kollegen schon im Wesentlichen beantwortet. Im Prinzip war es das Ziel, bereit zu sein für mögliche weitere starke Belastungen durch die Pandemie. Dementsprechend sollten andere Krankenhauseinweisungen so weit wie möglich runtergefahren werden.

Tatsächlich haben die Patientinnen und Patienten – die Auswirkungen werden wir in den nächsten Jahren noch sehen – auch selbst Hospitalisierungen abgesagt. Das wird uns gerade in der weiteren Versorgung von zum Beispiel Patienten mit Krebserkrankungen in den nächsten Jahren sehr stark beschäftigen.

Die zweite Frage von Herrn Vincentz war, warum die Modelle immer falsch waren. – Das ist ein relevantes Missverständnis von dem, was mathematische Modelle können und sollen und nicht können und nicht sollen. Das sind keine Wettervorhersagen, sondern szenariobasierte Modellierungen, die unter bestimmten Annahmen, unter bestimmten Voraussetzungen zeigen, wie eine weitere Entwicklung ausschauen könnte, würden bestimmte Szenarien zutreffen.

Wieso wurde ein exponentielles Wachstum vorhergesagt, wenn es das dann gar nicht gab? – Das sind eben Szenarien, die zum Beispiel zeigen sollen, wie der weitere Verlauf der Pandemie ist, wenn weder von außen – von staatlicher, politischer Seite durch Interventionen – eingegriffen wird, noch intrinsische Verhaltensänderungen der Personen in einer Bevölkerung stattfinden. Dann würde so ein exponentielles Wachstum ohne Veränderung der exponentiellen Funktion stattfinden.

Das ist ein unrealistisches Szenario, weil natürlich in einer extremen Lage immer in irgendeiner Form sowohl staatlich als auch persönlich in das Verhalten eingegriffen wird.

Es gibt Modellierungen, die primär Vorhersagen liefern sollen. Das ist aber im Prinzip nur für 7-14 Tage möglich, weil nur dann die Auswirkungen dessen, was bis jetzt passiert ist, auf die Krankenhausbelegung abbildbar sind.

In die Zukunft schauen können solche Modelle nicht. Sie sind im Prinzip nur Methoden zur Evidenzsynthese, wie vielleicht auch Metaanalysen auf Individualebene, nur hier eben auf Bevölkerungsebene, die versuchen, die bestmögliche Evidenz zusammenzufassen und dann unter Szenarien zu zeigen, was in der Zukunft passieren würde, wenn die entsprechenden Annahmen so eintreffen würden.

Die letzte Frage von Herrn Vincentz war, ob eine reelle Gefahr der Überlastung für 2021/2022 besteht. – Das hängt von vielen Faktoren ab. Einerseits ist die Frage, wie sich die weitere Dynamik bei den Impfquoten in Deutschland darstellen wird. Zweiter wichtiger Punkt ist, wie sich der Erreger weiterentwickelt. Dritter wichtiger Punkt ist, was mit anderen Erregern wie Influenza und RSV in diesem Winter passieren wird.

Wenn es keine neuen Varianten mit höherer Transmissibilität oder teilweiser Immunevasion gibt, wenn wir keine starke Influenzawelle dieses Jahr sehen und wenn wir einen Fortschritt im Bereich der Impfung in den nächsten Monaten sehen werden, sollten wir insgesamt gut dastehen und mit geringen Maßnahmen einigermaßen gut durch den Winter kommen.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Mir brennt nach Ihren Wortbeiträgen noch ein Thema auf den Nägeln. Herr Klein sprach davon, dass im pflegerischen Bereich teilweise die Grenzen erreicht gewesen sind. Er sagte, die Betten standen da, aber sie konnten teilweise nicht betrieben werden. Herr Karch sprach unter anderem auch von pandemiebedingter notwendiger Schulung. Herr Dr. May sagte, dass die Betreuung teilweise sogar bis zu drei zu eins erfolgt.

Wir hatten in unserem Fragenkatalog insbesondere auch die pandemiebedingten Veränderungen auch beim Personal angesprochen. Wo sehen Sie denn tatsächlich die pandemiebedingten Veränderungen bei Aus- und Weiterbildung des Personals – qualitativ, aber auch quantitativ.

Marco Schmitz (CDU): In meiner Frage geht es um die Aussage von Herrn Dr. May. Sie haben gesagt, dass der Schlüssel bei der Behandlung von Intensivpatienten teilweise drei zu eins oder sogar vier zu eins, wenn man eine schwere Menschen heben oder ihn auf dem bauchliegend beatmen musste, gewesen sei.

Wurde das in den Zahlen, die wir vom DIVI-Register bekommen haben, berücksichtigt? Ging es um ein freies Bett mit Beatmungsplatz oder um ein betreibbares Bett mit Beatmungsplatz? Das ist ein Unterschied.

Welche Zahlen haben wir bekommen? Es hilft uns nicht, wenn wir 400 Betten haben, aber keine Pflegekraft. Das wäre dann eine andere Zahl, die wir zukünftig auch mit berücksichtigen müssen, je nachdem welchen Fall wir haben.

Sascha Klein (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Die freien betreibbaren Betten sind genau das Thema gewesen. Das war explizit die Abfrage des DIVI und im Übrigen auch des IG NRW. Es war sehr weitsichtig, nicht die Planbetten, die aufgestellten Betten zu nehmen.

Heute sieht es mit einer relativ guten Impfquote im Krankenhaus ganz anders aus, aber es gab natürlich auch Quarantänen bei Beschäftigten, die dann nicht arbeiten konnten oder selber erkrankt waren. Da gab es Wellenbewegungen. In dieser Situation hat das DIVI die freien betreibbaren Betten bei jedem Haus abgefragt, denn es konnte sein, dass man noch zehn Betten stehen hatte, aber vielleicht nur ein freies betreiben konnte.

Ich hatte eingangs gesagt, dass wir im wöchentlichen engen Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen in der Region und auch mit den Behörden und den anderen Krankenhäusern trägerübergreifend standen. Wir haben sehr genau gewusst, wer wen auf seinen Intensivstationen versorgt und wie sich das nach der ärztlichen Einschätzung in den nächsten Tagen entwickeln wird.

Bezüglich der Überlastung des Gesundheitswesens: Am Ende stellt nicht die technische Ausstattung den limitierenden Faktor dar, sondern die Beschäftigten. Es ist darauf zu achten, dass wir diese Ressourcen nicht überbeanspruchen. Die Bilder, die unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Krankenhäusern aus Bergamo und aus Spanien gesehen haben, waren natürlich im Hinterkopf. Katastrophenmedizin wollte wirklich niemand betreiben. Insofern war im vergangenen Jahr alle Vorsicht angebracht.

Zur Aus- und Weiterbildung können wir gar nicht so viel sagen, weil es sich hierbei um Landes- und Bundesvorgaben handelt. Da haben wir einen geringen Spielraum. Wir selber betreiben eine große Krankenpflegeschule, und wir haben mittlerweile Infektiologie und Immunologie stärker mit in den Lehrplan aufgenommen, weil wir gesehen haben, dass es hier Nachbesserungs- und Optimierungsbedarf gibt. Wir als KGNW sind aber nicht in der Lage, selber Maßnahmen zu ergreifen.

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Genau. Nichtsdestotrotz arbeiten wir natürlich eng mit den entsprechenden Institutionen zusammen. Wir sind trotz der gewiss großen Belastung im Gesundheitssystem froh, dass es uns sowohl im pflegerischen Bereich als auch im ärztlichen Bereich gemessen an der insgesamt bestehenden Konkurrenzsituation – wir haben immer weniger junge Menschen, wir haben immer mehr Studierende, wir haben immer mehr Initiativen von

Bundeswehr oder Polizei oder ähnlichen – gemeinsam gelingt, immer noch junge Menschen für diese Bereiche zu motivieren.

Wir haben eine sehr erfreuliche Entwicklung bei den Ausbildungszahlen, auch in der Pflege. Die Menschen müssen natürlich auch in der Pflege bleiben, deswegen müssen wir gucken, dass die Arbeitssituation vernünftig ist. Wir sind eindeutig Befürworter der Generalistik. Neben der Generalistik sehen wir einen kontinuierlichen Fort- und Weiterbildungsbedarf in der Pflege und auch im ärztlichen Bereich.

Wir werden, glaube ich, relativ schnell sehen, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die wir jetzt gemeinsam gesammelt haben und die wir noch etwas vertiefen müssen, in die Curricula einfließen werden. Ich glaube auch, dass die Dinge einfach schneller gehen werden. Die Anpassung von Ausbildung in 10- oder 20-Jahres-Zyklen werden wir uns auf Dauer nicht mehr erlauben können.

Wir müssen alle gemeinsam schneller werden. Deswegen sind wir sehr froh, dass wir hochmotivierte Leute in den Pflegeschulen haben. Dieser Punkt muss weiter intensiviert werden. Das hat nichts spezifisch mit Corona zu tun, aber wir müssen gucken, dass wir genug Lehrerinnen und Lehrer auf Bachelor- oder Masterniveau in den Schulen haben.

Insofern glaube ich, dass diese Coronapandemie auch eine bildungspolitische Initialzündung ist, und zwar bei den Fragen, wie schnell man Wissen vermitteln muss und was diejenigen vor Ort, die am Patienten im Feld tätig sind, brauchen.

Prof. Dr. med. André Karch (Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Klinische Epidemiologie [per Video zugeschaltet]): Die gestellten Fragen liegen im Wesentlichen außerhalb meines Expertenbereichs. Insofern habe ich nichts hinzuzufügen.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Ich habe keine weiteren Wortmeldungen gesehen. Ich möchte mich ganz herzlich bei den Sachverständigen bedanken. Das waren spannende Ausführungen. Ich bedanke mich für die Diskussion und die Erkenntnisse, die wir gewinnen durften. Selbstverständlich dürfen Sie an der weiteren Diskussion teilnehmen; das müssen Sie aber nicht.

(Allgemeiner Beifall)

2 Datenlage – ambulante Versorgung, insb. zu Long Covid (*PowerPoint-Präsentation Frau Dr. Claudia Schwenzer, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, s. Anlage 2*)

– Gespräch mit Sachverständigen (*s. Anlage 1*)

Mit diesem Thema möchten wir uns heute mit weiteren Sachverständigen befassen. Ich sehe, dass alle Sachverständigen, die sich in Präsenz angemeldet haben, anwesend sind, und ich höre, dass Herr Professor Koczulla auch schon zugeschaltet ist.

An dieser Stelle erinnere ich daran, dass wir uns in der Sitzung am 24.08.2021 mit Sachverständigen mit dem Thema „Long COVID – Handlungsmöglichkeiten des Landes“ auseinandergesetzt haben. Das Ausschussprotokoll 17/1506 liegt den Abgeordneten vor und ist an der einen oder anderen Stelle für die heutige Diskussion sicherlich sehr hilfreich.

Man merkt, dass sich in den letzten Wochen einiges geändert hat. Die Mehrzahl der Sachverständigen ist wieder im Sitzungssaal und nicht mehr auf dem Bildschirm. Ich freue mich, hier im Sitzungssaal begrüßen zu dürfen: Herr Miguel Tamayo, für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Frau Dr. Claudia Schwenzer für die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Frau Birthe Motzkus für die vdek NRW, Herr Professor Dr. Tom Lüdde, Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie des Universitätsklinikums Düsseldorf und Herr Dr. Björn-Erik Ole Jensen, Oberarzt in der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie. Zugeschaltet per Video ist Herr Professor Dr. Rembert Koczulla, Chefarzt im Fachzentrum für Pneumologie der Schön Klinik Berchtesgadener Land.

Ich bedanke mich, dass Sie alle an diesem Gespräch teilnehmen und zu den Themen, zu denen wir Sie heute eingeladen haben, Rede und Antwort stehen. Auch hier haben wir Ihnen kurze Fragestellungen zugeleitet:

- Verfügen Sie über eine Datenlage zu Long-COVID-Diagnosen? Gestaffelt nach Lebensalter?
- Wie stellt sich die Dauer der Erkrankungen dar?
- Treten spezielle Symptome bzw. Formen der Erkrankung auf? Existieren Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen oder besonderer psychischer Belastung?
- Verfügen Sie über Erfahrungswerte zu Long-COVID-Erkrankungen bei Kindern?
- Welche (gesundheitlichen) Folgen können Long-COVID-Erkrankungen bei Kindern mit sich bringen? Können Folgekosten beziffert werden?
- Wie sind die Erfahrungswerte im Bereich der Rehabilitation?
- Welche Versorgungsstruktur ist für die Sicherung einer Grundversorgung für Long-COVID-Erkrankte erforderlich?

Ein breites Spektrum an Fragen, selbstverständlich dürfen Sie auch darüber hinaus Stellung beziehen.

Auch hier das gleiche Procedere wie in jeder Runde. Die Sachverständigen haben jeweils Gelegenheit, in einem ca. fünfminütigen Statement ihre Einschätzung zu den wichtigsten Punkten zu diesen Themen abzugeben. Wenn alle Sachverständigen dies getan haben, gehen wir in die Diskussion, das bedeutet: eine Runde Fragen durch die Fraktionen und anschließend die Beantwortung.

Dr. Claudia Schwenzer (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Es geht um die Datenlage. Damit man die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen, die aus den Vertragsarztpraxen bei uns zusammenlaufen, auch verstehen kann, würde ich ganz kurz durchgehen, wie diese Daten entstehen. Es ist wichtig zu verstehen, dass es sich hierbei nicht um wissenschaftliche Daten handelt. Herr Tamayo baut dann in seinem Statement darauf auf und versucht, die Daten entsprechend zu interpretieren.

Was die Datenerfassung angeht, greifen die Ärzte weltweit auf ein internationales Kodierungssystem zurück, die ICD-Codierung, momentan in der zehnten Fassung, deshalb ICD-10 genannt. Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland greifen auf die ICD-10-GM zurück, die German Modification. Die Länder haben jeweils eine kleine Anpassung an die Codes, das ergibt sich aus den jeweiligen nationalen Gesundheitssystemen.

Die ambulante Versorgung, also die zugelassenen Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung sind zu dieser Kodierung verpflichtet nach § 295 SGB V. Sie als Patient sehen diese Kodierungen nicht unbedingt, aber wenn Sie zum Beispiel eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von Ihrem Arzt erhalten, dann sollte darauf die ICD-Kodierung von ihrer Erkrankung stehen.

Grundsätzlich sind für uns als Kassenärztliche Vereinigungen und für die Krankenkassen diese Kodierungen für die eigentliche Abrechnung wichtig. Das ist auch schon der Haken an den Daten: Es sind Routinedaten, die wir zum Hauptzwecke der Abrechnung und zum internen Vergleich von Facharztgruppen etc. erfassen.

So kann man zum Beispiel sagen, die Fachärzte in Bereich 1 haben 100 % mehr Fälle von dieser Erkrankung als die Fachärzte im Bereich 2. Auf diese Weise könnte man zum Beispiel eine kleine Epidemie erkennen. Man könnte auch erkennen, wenn ein Facharzt komplett widersinnige Kodierungen angibt. Dann hat er vielleicht eine neue Mitarbeiterin, die aus einem ganz anderen Fachbereich Codes einbringt. Das ist unser Hauptumgang mit diesen Kodierungen.

Daraus können wir aber durchaus Krankheitshäufigkeiten sehen, also die Prävalenz: Wie oft ist eine Krankheit gemeldet worden, wie oft ist sie codiert worden? Daraus können wir verschiedene Dinge rückschließen.

Bei Long COVID können wir dies seit Anfang des Jahres tun, weil es seitdem einen Code gibt, den wir benutzen können. Wir haben Ihnen die Daten der ersten zwei Quartale dieses Jahres mitgebracht, auf die wir zurückgreifen können.

Wenn wir diese Prävalenzen sehen, bedenken Sie bitte, dass es sich um Routinedaten aus der Abrechnung handelt. Es handelt sich keinesfalls um Daten, wie Sie sie vielleicht aus klinischen Studien kennen. Die Kollegen aus der Klinik können zum Beispiel bei gezielten Fragestellungen sehr viel eindeutigeres Datenmaterial sammeln.

Ich übergehe an dieser Stelle die beispielhaften Darstellungen aus dem Material, dass ich Ihnen habe zukommen lassen. Auch die Definitionen von Long COVID oder Post COVID werden wir heute noch hören.

Ich muss sagen, es ist für uns und für die niedergelassenen Kollegen sehr viel einfacher geworden, seit Herr Kollege Koczulla und viele andere Fleißige die S1-Leitlinie angefertigt haben. Das hilft uns unglaublich und sortiert uns zumindest hier in Deutschland etwas.

Bei der Durchsicht der internationalen Literatur fällt auf, dass es sehr viele verschiedene, leicht abweichende Definitionen zu Long COVID gibt. Auch die Prozentangaben, was zum Beispiel die Prävalenz angeht, sind unterschiedlich. Die einen nennen 10 %, die anderen 85 %, es kommt da auf die Betrachtung an. Die Datenlage und die Schärfe der Abgrenzung sind international noch recht bunt.

Wie sieht das Konzept zur ambulanten Versorgung aus? – Auch darüber haben wir uns in den KVen Gedanken gemacht. Eigentlich haben wir ein sehr gut funktionierendes Hausarztssystem. Aus unseren Zahlen sehen wir, dass ca. 95 % aller Patienten, die in irgendeiner Form Long-COVID-Symptome haben oder die vielleicht noch nicht wissen, dass sie Long COVID haben, landen zumindest beim ersten Step beim Hausarzt. Das können wir aus unseren Daten ganz klar lesen.

Der Hausarzt ist auch in der Lage, diese Patienten zu versorgen. Es kommt aber darauf an, wie schwer die Symptome sind. Wenn ein Patient sechs Wochen auf der Intensivstation beatmet wurde, wird er in einem ganz anderen Zustand einen Tag nach der Entlassung bei seinem Hausarzt sitzen als jemand der langsam Symptome wie Müdigkeit, das sogenannte Fatiguesyndrom, oder Kurzatmigkeit entwickelt. Das Auftreten in der Praxis wird ein Unterschied sein.

Die Hausärzte sind unsere bewährte Stufe eins. Sie können auf ein System von Fachärzten zurückgreifen. Bei uns in Westfalen-Lippe haben wir Arztnetze, in denen sich Haus- und Fachärzte zusammentun und sehr gut kommunizieren. Sie können die Patienten auch an Fachärzte in anderen Bereichen weiterleiten. Auch in Nordrhein gibt es solche Arztnetze.

Wichtig ist vor allem, dass sich Fachärzte untereinander vernetzen, um die Long-COVID-Fälle optimal zu behandeln. Das ist aber noch nicht überall passiert. Es ist eine unserer Aufgaben, die Kollegen dafür zu sensibilisieren, wobei die infrage kommenden Fachgesellschaften, die Neurologen, die Pulmonologen da schon etwas weiter sind als wir das hier wahrnehmen. Man kann aus der Leitliniengruppe sehen, dass es sehr viel Expertise gibt. Auch die Fachärzte sind untereinander vernetzt und haben sehr viele Informationen.

Als drittes haben wir letzte Woche einen Vorstandsbeschluss gefasst, dass die an den Kliniken vorhandenen Ambulanzen bei uns in die Ermächtigung mit einfließen, das heißt, wir ermächtigen Institutsambulanzen in Verbindung mit den Zulassungsausschüssen, damit die vor Ort die Patienten versorgen können. Dabei haben wir Ansprüche an diese Ambulanzen, es kann nicht jeder sagen, er mache das jetzt. Wir stellen Ansprüche, was die Strukturvorgaben in den ambulanten Versorgungszentren in den Kliniken angeht, ähnlich wie es die Leitlinie vorsieht.

Damit sehen wir auch schon eine Möglichkeit der sektorenübergreifenden Versorgung, indem wir diese Ambulanzen für den vertragsärztlichen Bereich zulassen. So können auch aus den Ambulanzen heraus die Grenzen in das Krankenhaus überwunden werden. Patienten, denen es sehr schlecht geht und die einen ungünstigen Long-COVID-Verlauf haben, können so auch durchaus wieder im stationären Bereich aufgenommen werden.

Miguel Tamayo (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Ich ergänze: Wir haben die Daten von unserem Zentralinstitut in Berlin auswerten lassen. Im ersten Quartal 2021 versahen Vertragsärzte und Psychotherapeut*innen rund 22.000 Patienten in Nordrhein-Westfalen mit der Diagnose „Long COVID“ nach ICD-10-GM: U09.9 Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet.

Kassenärztliche Vereinigungen leben in Quartalen. Dies ist jetzt der Stand vom 31. März. Die Ärzte haben einige Zeit, bis sie ihre Abrechnungsunterlagen abgeben. Dann wird das durch die Datenmühle gedreht. Bis die Daten für die Versorgungsforschung zur Verfügung stehen, vergehen tatsächlich noch einmal drei Monate. Wir sind jetzt kurz davor, die Daten vom Stand bis zum 30.06. zu haben. Die könnten wir Ihnen wahrscheinlich in Kürze nachliefern. Aber im Moment reden wir leider nur über das erste Quartal.

Wir sehen, dass Frauen und die Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen mit dieser Diagnose deutlich überrepräsentiert sind. Viel mehr kann man jetzt noch nicht aus den Daten herauslesen. Es ist auf Grundlage der Quartalsabrechnungen verfrüht, Aussagen über die Dauer der Erkrankungen treffen zu können.

Zur Schwere der Erkrankungen: Für Aussagen, ob spezielle Symptome mit Komorbiditäten versehen sind, ob Zusammenhänge mit psychischen Diagnosen usw. bestehen, bräuchte man eigentlich, um das seriös zu machen, ein Kontrollgruppendesign. Das haben wir in der Kürze der Zeit nicht hinbekommen.

Man kann sagen, dass es Komorbiditäten gibt, aber das sind eher die üblichen, zum Beispiel Hypertonie. Das ist die Top-Diagnose bei allen ambulanten Patienten. Ob das bei Long-COVID-Patienten wahnsinnig mehr oder weniger ist, würde ich jetzt bezweifeln.

Man muss bei den Sachen aufpassen, die mit der Definition des Syndroms assoziiert sind. Depressive Episode haben wir bei 19 %. Wir haben eine Asthma-Diagnose bei 17 %, Unwohlsein und Ermüdung bei 10 %.

Sie merken, dass dies Routinedaten sind. Das ist alles relativ ungenau. Ich komme gleich noch einmal darauf beim Patienten-Kollektiv im Zusammenhang damit, was wir eigentlich für eine Versorgungsstruktur brauchen, zu sprechen.

Häufigkeiten von zu erwartenden Symptomen bei einem Teil der Gruppe haben wir schon. Nach den Nordrhein-Zahlen haben wir Halsschmerzen, Heiserkeit bei 23 % der Post-COVID-Patienten, Kurzatmigkeit bei 20 %, Ermüdung, Erschöpfung bei 18 %, Husten 9 %, Schlafstörungen 8 %, Kopfschmerzen 8 %. Der Rest wird dann immer weniger.

Von den 22.000 Patienten ist es eine überschaubare Anzahl, die mit mehreren Symptomen kommt und die einen erhöhten Handlungsbedarf hat.

Ein weiteres Kennzeichen dafür sind die Arzt-Patient-Kontakte. Es ist so, wie Frau Doktor Schwenzer schon gesagt hat: 91 % hatten nur einen Arztbesuch, meistens der Hausarzt, im Quartal. Die wurden nicht an einen Facharzt weiterverwiesen.

Es wäre natürlich noch eine Betrachtung wert, wie das nach dem 31. März weitergegangen ist. Die Welle war im Januar ganz hoch, dann kam noch eine Welle und erst dann kamen viele COVID-Patienten in die Long-COVID-Phase. Insofern ist es für eine belastbare Aussage einfach noch zu früh.

Es sind nicht viele Patienten, die viele der Symptome haben, die ich gerade vorgelesen habe. Vier und mehr Symptome hatten nur 3 %. 85 % hatten nur ein oder zwei Symptome, von denen, die ich gerade vorgelesen habe.

Schwere Fälle werden in andere Versorgungsebenen gesteuert, also in die fachärztliche Versorgung. Das sehen wir jetzt schon an der simplen Auszählung, welche Fachgruppen diese Patienten behandelt haben. Von den 13.000 Patienten in Nordrhein hatten wir 9.000 nur bei Hausärzten. Dann kommen 2.400 bei den Internisten hinzu. Bei den Fachärzten waren dann nur sehr viel kleinere Gruppen von Patienten, die im selben Quartal weiterüberwiesen wurden.

Das sind auch die Versorgungsstufen, die wir haben: Hausarzt, Facharzt. Im Moment ist nach Ansicht der KV Nordrhein am wichtigsten, das rasant wachsende Wissen bis in die erste Versorgungsebene zu bringen. Da sind die Leitlinien der Fachgesellschaften Gold wert, weil diese überall akzeptiert werden.

Wir als KV werden das Unsrige dazu beitragen, das Wissen über unsere Kanäle zu verbreiten. Die Berufsverbände der niedergelassenen Ärzte werden dasselbe machen. Dann wären wir schon ein Stück weiter.

Vielleicht noch ein Wort zum Thema „Ermächtigung“ – das ist tatsächlich nicht nur für Long COVID. Wenn Sie möchten, dass die gemeinsame Selbstverwaltung schnell auf einen zusätzlichen, vielleicht auch temporären Bedarf reagiert, dann ist die Idee, man könne dies Top-down über irgendwelche Veränderungen von Richtlinien beim gemeinsamen Bundesausschuss oder so regeln, wirklich fehl am Platze.

Im Zulassungsrecht haben wir diese Möglichkeiten; wir haben die Instrumente an der Hand, mit denen man schnell reagieren kann. Eine Institutsermächtigung oder auch eine Ermächtigung von sonstigen zusätzlichen ärztlichen Personal ist schnell und relativ unbürokratisch möglich.

Birthe Motzkus (Verband der Ersatzkassen e. V. [vdek]): Ich würde gerne kurz auf die einzelnen Fragestellungen eingehen, die Sie vorab übersandt haben.

Zur Datenlage: Die Krankenkassen können durchaus identifizieren, welche Patienten unter Long COVID leiden und können diese auch beraten und informieren. Alles, was darüber hinaus an Daten erforderlich wäre, ist im Grunde nicht ohne Weiteres zur Verfügung zu stellen.

Jede Krankenkasse führt eine Einzelabrechnung mit der KV durch. Das heißt, wenn Sie Auswertungs- und Analyseaufträge an die einzelnen Krankenkassen vergeben würden, würde jede Krankenkasse auf Basis ihrer Abrechnungsdaten eine Auswertung vornehmen, und hinterher müssten diese Daten zusammengeführt werden.

Das fällt der KV einfacher, weil dieser alle Daten im Rahmen der Abrechnung komplett zur Verfügung stehen. Da allerdings nicht alle Daten bei der KV vorliegen – AU-Zahlen, Reha-Behandlungszahlen oder auch Krankenhausaufenthalte – und wenn man weitere Analysen betreiben wollte, müsste man die Daten aller Krankenkassen zusammenführen oder Forschungsaufträge vergeben, wo die Daten dann vielleicht direkt über die stationären Einrichtungen oder die Rehaeinrichtungen erhoben werden.

Trotz der unklaren Datenlage können wir sagen, dass die Versorgung sehr gut funktioniert. Da leisten die niedergelassenen Ärzte einen sehr großen Part in der Versorgung – insbesondere durch die Koordination durch die Hausärzte.

Der Leistungskatalog der GKV sieht alle Möglichkeiten der Therapie und Behandlungen vor, die im Rahmen der Behandlung von Long-COVID-Fällen auftauchen. Die Symptome, die bislang bei den Patientinnen und Patienten erkannt wurden, kennt man schon aus anderen Krankheitsbildern.

Der Leistungskatalog der GKV ist in der Regel auch nicht nach irgendwelchen Diagnosen ausgerichtet. Das gibt es in Ausnahmefällen, wenn man zum Beispiel von Onkologie-Pauschalen spricht, aber im Regelfall sind dort Methoden hinterlegt: Diagnose, Gespräche, Behandlungen. Bei der Vielzahl von Folgeerkrankungen und Symptomen ist bislang noch nichts aufgetaucht, was in dem Rahmen nicht gut behandelt und abgedeckt werden würde.

Ansonsten greift die normale Behandlungskaskade. Der Hausarzt ist der erste Ansprechpartner und Koordinator für die Behandlung, und je nachdem, wie das Krankheitsbild des einzelnen Versicherten ist – das ist sehr unterschiedlich, man kann nicht von einer typischen Long-COVID-Erkrankung sprechen – kann er an Fachärzte weiterverweisen, Heilmittelerbringer hinzuziehen, an den stationären Bereich überweisen oder Reha-Maßnahmen veranlassen.

Von daher ist es aus Sicht der Ersatzkassen nicht erforderlich, die Behandlungswege anzupassen oder neue Leistungen aufzunehmen, weil unseres Erachtens die Versorgung sehr gut funktioniert.

Im Bereich der Reha gab es schon eine kleine Anpassung. Die Rehaeinrichtungen haben festgestellt, dass eine typische Reha bei den Menschen, die aus dem Krankenhaus zu ihnen kommen, mit einem Fokus auf ein bestimmtes Leiden nicht wirklich funktioniert. Da hat man den Bedarf angepasst. Jetzt legt man einen stärkeren Schwerpunkt auf Neuropsychologie und Ergotherapie.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herr Professor Koczulla ist nicht nur Chefarzt in der Schön Klinik Berchtesgadener Land, sondern war maßgeblich an der Ausarbeitung der S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin beteiligt. – Es gibt Situationen, da lernen wir auch gerne aus Bayern.

Prof. Dr. Rembert Koczulla (Schön Klinik Berchtesgadener Land [per Video zugeschaltet]): Vielleicht eine Erwähnung zu meiner Vita: Wir haben die besondere Situation, dass meine Klinik mit der Universität Marburg als Lehrkrankenhaus verzahnt ist.

Wir haben hier in Bayern sozusagen die Fühler nach Hessen ausgestreckt, und meine Person ist mit der einzigen bislang in Deutschland vorhandenen Professur für pneumologische Rehabilitation verknüpft. Insofern kann ich tatsächlich an einigen Stellen auch akademische Daten nachliefern.

Ich möchte noch etwas zur Leitlinie sagen. Zum einen ist diese Leitlinie aktuell mit relativ wenig Evidenz ins Rennen gegangen. Sie ist aber aufgrund des Druckes und interdisziplinär zu ersten Ergebnissen gekommen und Empfehlungen konnten ausgesprochen werden. Zum anderen legen wir an vielen Stellen den Finger in die Wunde, weil wir auch offene Fragen adressieren.

Es ist auch ein Novum, dass wir uns entschlossen haben, auch eine Patienten-Leitlinie ins Leben zu rufen, die sie auch auf der AWMF-Seite finden. Das heißt, wer das noch nicht weiß, kann sich hier auch in einfacheren Worten weitere Informationen holen und den Patienten weitergeben.

Zu Ihren Fragen: Verfügen Sie über eine Datenlage zu Long-COVID-Diagnosen gestaffelt nach Lebensalter? – Wir haben hier bei uns Patienten akademisch, wissenschaftlich betreut. Wir haben ein angeschlossenes Institut und sehen, dass wir hier eine Vielzahl von Diagnosen finden, die in den Bereich Long COVID hineingehen.

Das scheint ein bisschen unterschiedlich zu sein – je nachdem, ob die Patienten ambulant, akut oder im Krankenhaus gewesen sind. Das bringt uns zu einem Dilemma, das wir auch in der Leitlinie adressiert haben: Die Studiendaten diesbezüglich sind extrem breit gestreut. Es fällt sehr schwer, dies so zu ordnen, dass man auch wirklich eine verwertbare Information weitergeben kann.

Wir sehen hier in der pneumologischen Rehabilitation natürlich häufig Patienten mit Lungenproblemen; die neuropsychologischen Probleme sind angesprochen worden. Das bringt mich zu einem Problem: In vielen Fällen ist Somatik und Psychosomatik stark getrennt. Ich glaube, dass es für dieses Krankheitsbild an vielen Stellen hilfreich sein kann, dies enger zusammenzuführen.

Wir versuchen, die Probleme direkt anzugehen, indem wir auch anbieten, Forschung zu machen. Wir haben einige Anträge auf den Weg gebracht, wo wir unterschiedliche Rehakonzepte bei diesen Patienten versuchen zu testen.

Wie stellt sich die Dauer der Erkrankungen dar? – Hier kann ich Ihnen nur von bis sagen. Typischerweise erholen sich die Patienten relativ gut. Hier vielleicht noch einmal ein ganz kurz ein k-Wert.

Wenn Patienten auf der Intensivstation gewesen sind, dann sind die Probleme, die mit der Intensivmedizin zu tun haben, nicht neu. Wenn Patienten liegen, verlieren sie Muskelmasse. Wenn sie beatmet werden, können sie auch Probleme an der Lunge haben. Es kann eine Critical-Illness-Polyneuropathie auftreten, das heißt, dass das Zusam-

menspiel von Nerven und Muskeln nach einem längeren Intensivaufenthalt nicht immer optimal funktionieren muss. Das alles wissen wir seit langer Zeit; das ist nichts Neues für COVID.

Vor diesem Hintergrund fällt unter die Diagnose „Long oder Post COVID“ an einigen Stellen etwas hinein, was wir vorher schon als Post-Intensiv-Syndrom oder als Critical-Illness-Polyneuropathie oder als Beatmungsschaden nach Intensivaufenthalt anderweitig zur Kenntnis genommen haben.

Das sind teilweise auch langwierige Probleme, die über etliche Monate gehen. Bedenken Sie: Wenn Sie sich längere Zeit nicht bewegt und Muskelmasse typischerweise an den Extremitäten verloren haben, dann erinnern Sie sich, wie lange es dauert, bis man tatsächlich wieder auf den normalen Stand kommt.

Hier muss man also differenzieren. Natürlich ist Post oder Long COVID ein großes Wort. Es ist an vielen Stellen sehr medial geprägt, aber die Probleme, die sich zum Teil dahinter verbergen, sind keine ganz neuen Probleme.

Die Dauer der Erkrankungen ist individuell also sehr unterschiedlich. Es kommt auf den Intensivaufenthalt an. Aus meiner Erfahrung kann ich Ihnen sagen, dass ich noch Patienten aus der ersten Welle habe, dass sie also auch nach anderthalb Jahren noch arge Probleme haben. Wir sind natürlich bemüht zu eruieren, woran das liegt.

Der Begriff „Chronic Fatigue Syndrom“ ist an vielen Stellen und sicher auch hier auch schon gefallen. Das ist ein Erkrankungsbild, das auch mit Long COVID in Zusammenhang gebracht wird, das aber an vielen Stellen leider noch nicht gut untersucht ist.

Zu Frage drei: Treten spezielle Symptome bzw. Formen der Erkrankung auf? – Einiges habe ich hier schon subsumiert.

Existieren Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen oder besonderer psychischer Belastung? – Wenn man vielleicht anderthalb Jahre in seinem entsprechenden Aktivitätsspektrum eingeschränkt war, kann das zusätzliche Probleme mit sich bringen, auch wenn posttraumatische Probleme noch mit hinzukommen, weil man einen schweren Erkrankungsverlauf hat.

Ich glaube, dass die Psyche hier eine wichtige Rolle spielt. Ich glaube, dass wir das bei den Patienten individuell anschauen müssen. Ich glaube auch, dass Somatik und Psychosomatik gerade für dieses Erkrankungsbild enger zusammenrücken müssen, damit wir hier bessere Ergebnisse erzielen können.

Verfügen Sie über Erfahrungswerte zu Long-COVID-Erkrankungen bei Kindern? – Wir haben bei uns wenige Kinder gesehen. Im Rahmen der Leitlinienarbeit haben wir aber auch mit Kollegen aus der Pädiatrie zusammengearbeitet.

Frau Behrens, die den CFS-Bereich bei den Kindern in München abdeckt, hat hier einige Patienten gesehen. Es gibt zudem nicht publizierte Daten aus Bochum, die zeigen, dass Veränderungen vorliegen. Das ist zum Teil gebiased, weil hier verstärkt Patienten zusammenkommen und gesehen werden. Hier gibt es sicherlich diesen Zentrums-Bias, einen Fehler, der hier zu finden ist.

Es gibt Daten aus dem Vereinigten Königreich, die sich mit Kindern beschäftigt haben: die sogenannte CLoCk-Studie. Diese hat versucht, die Fatigue genauer zu verstehen. Diese Studie hat an vielen Stellen für mich ganz viele Fragezeichen, weil dort sowohl die Post-COVID-Kinder Fatigue aufwiesen als auch die Kinder, die kein COVID hatten und die als Vergleichsgruppe herangezogen wurden.

Das heißt, es gibt auch andere Gründe, Fatiguesymptome zu entwickeln, sodass wir genau schauen müssen, was tatsächlich COVID-assoziiert ist und was nicht.

Welche gesundheitlichen Folgen können Long-COVID-Erkrankungen bei Kindern mit sich bringen? Können Folgekosten beziffert werden? – Hier bin ich nicht tief genug in der Pädiatrie drinnen. Insofern bitte ich um Nachsicht, dass ich diese Frage hier nicht dezidiert beantworten kann.

Sind Erfahrungswerte im Bereich der Rehabilitation vorhanden? – Sie sind vorhanden. Wir sehen deutliche Verbesserungen bei Patienten, die die Erkrankung sowohl ambulant wie auch auf der Intensivstation überstanden haben. Wir haben dies erst einmal ohne Kontrollgruppe durchgeführt. Das ist berechtigterweise von den Reviewern der internationalen Literatur angemerkt worden.

Insofern haben wir weitere Daten produziert und haben eine Kontrollgruppe aus Heinsberg bzw. aus Aachen hinzugezogen. Wir sehen in einer gerade von uns kürzlich publizierten Arbeit tatsächlich einen deutlichen Zugewinn in der Kapazität, das heißt, die Patienten können mehr nach der Rehabilitation. Sie sind belastbarer, was das Körperliche betrifft. Wir sehen auch eine Reduktion der Symptomatik, wobei wir den typischen Rehazeitraum von drei Wochen überblicken. Es ist so, dass diese Patienten teilweise zwar gebessert, aber immer noch mit Problemen nach Hause gehen.

Insgesamt hat das Long- bzw. Post-COVID-Syndrom eine gute Rückbildungstendenz. Trotzdem sehen wir Patienten mit längerfristigen Folgen, was zum Teil auch an der Schwere der Erkrankung im Akuthaus liegt. Ich habe lange Intensivmedizin gemacht, insofern weiß ich, dass diese Probleme langanhaltend sind und sie sich typischerweise auch in das nächste Jahr hineinziehen können. Insgesamt kann die Rehabilitation aber gute Werte erzielen.

Ein Problem ist, dass es keine Qualitätsstandards für Rehabilitationen gibt. Deshalb werden an einigen Stellen Äpfel mit Birnen verglichen. Manche Rehabilitationen sehen so aus, dass die Patienten einmal in der Woche an einer Sole vorbeigefahren werden. Wir haben hier strukturierte Programme mit Eingangs- und Ausgangsuntersuchungen mit einem sehr viel höheren Personalaufwand, um auch das Wissen zu akquirieren.

Ich finde es gut, wenn dem Patienten ein Vorher- und ein Nachherwert mitgegeben wird und er anhand von Ziffern bemessen kann, welche Fortschritte er gemacht hat.

Welche Versorgungsstruktur ist für die Sicherung einer Grundversorgung für Long-COVID-Erkrankte erforderlich? – Hierzu hat Frau Dr. Schwenger schon gesagt, dass vieles im hausärztlichen Bereich liegt. Das ist sicherlich, so haben wir es auch in der Leitlinie formuliert, ein sehr pragmatisches Vorgehen. Infrastrukturell sind natürlich an vielen Stellen sehr unterschiedliche Voraussetzungen vorhanden. Im Stadtbereich gibt

es sicherlich eine Vielzahl von Fachärzten, die Sie gezielt mit einer spezifischen Symptomatik aufsuchen können. Das finden Sie im infrastrukturell schwächer besiedelten Raum nicht. Da ist sicherlich der Hausarzt die erste Instanz.

Es müssen Schulungen von Hausärzten, aber auch von freien Fachärzten in diesem Bereich stattfinden. Das findet zum Großteil auch schon statt. COVID ist bei den Ärztekammern aktuell sicherlich ein ganz großes Thema. Ich bin auch mehrfach angefragt worden, dort zu unterstützen. Ich kann also sagen, dass dort einiges passiert.

Ich glaube auch, dass Netzwerkstrukturen wichtig sind. Es sollten nationale aber auch internationale Kompetenzzentren gefunden werden, gerade auch im Bereich der Fatigue. Da haben wir meines Erachtens noch größere Probleme. Das Erkrankungsbild ist schlecht verstanden, und wir haben hier wenig Wissenschaft vorliegen. Da passiert aber auch einiges.

Es gibt sicherlich auch Folgeerkrankungen im traumatologischen Bereich. Das ist sicherlich ein Nadelöhr an vielen Stellen, weil wir in der Leitlinie auch gezielt Funktionsuntersuchungen fordern, um in einem Steigerungskonzept zu überlegen, welche Patienten welche Form der Diagnostik brauchen.

Das gilt auch für viele der anderen Fachgebiete, die dort eingebunden sind. Insofern wollen wir versuchen, ressourcenbetont das abzurufen, was notwendig ist. Aber ich glaube, dass das tatsächlich an vielen Stellen ein Nadelöhr darstellen kann. Die Dyspnoe, die pneumologische Problematik – in Dänemark ist das schon etwas besser untersucht worden – ist der häufigste Grund, weshalb man in die Ambulanz geht. Die inhalativen Corticosteroide sind das am häufigsten verschriebene Medikament.

Ich glaube, dass hier die Netzwerkstruktur noch etwas optimiert werden kann. Der Bereich „Chronic Fatigue Syndrome“ kann da hilfreich sein, weil viele der hausärztlichen und auch der fachärztlichen Kollegen im Bereich Neurologie, Psychosomatik und Pneumologie vielleicht nicht optimal ausgebildet und strukturiert sind.

Prof. Dr. Tom Lüdde (Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie): Dank an die Kolleginnen und Kollegen für vieles Richtige, das gesagt wurde. Aus Zeitgründen würde ich jetzt primär unsere Perspektive in den Vordergrund rücken.

Wir von der Uniklinik Düsseldorf sind aus zwei Gründen hier. Zum einen waren wir wie viele andere Zentren an der kompletten Versorgung der akuten SARS-CoV-2-Infektionen beteiligt. Da sind wir immer noch schwer am Gange, auch gerade in den letzten Wochen wieder. Zum anderen haben wir uns frühzeitig überlegt, wie wir mit dem Problem „Long COVID“ umgehen können.

Von daher sind wir heute auch Sprecher eines Forschungsnetzwerkes „Beyond Covid 19“, gefördert vom MKW NRW, das sechs Unikliniken, Zentren in NRW zusammenbringt, um genau das zu adressieren, was heute schon öfter angeklungen ist: eine bessere Charakterisierung von Long COVID.

Was ist Long COVID überhaupt und wie viele Menschen betrifft es? – Ich weiß nicht, ob die Kolleginnen und Kollegen mir zustimmen, aber wir wissen es noch nicht wirklich

genau. Wenn wir nur nach den Daten gehen, die die ICD-10-Diagnose Long COVID enthalten, dann sehen wir nur diejenigen, die sich wirklich an ihre Ärztinnen und Ärzte gewandt haben.

Deshalb haben wir in diesem Projekt einen ganz wesentlichen Schwerpunkt darauf gelegt, eine bessere Abbildung erreichen zu können, indem wir nicht nur diejenigen einschließen, die sich an uns wenden und die wir behandelt haben, sondern zum Beispiel über Kontakte zu Gesundheitsämtern auch diejenigen, die sich nach einer durchgemachten Infektion bisher nicht mehr an ihre Ärztinnen und Ärzte gewandt haben.

Ich glaube, das ist ein wichtiges Forschungsnetzwerk, das dazu beitragen kann, diese Erkrankung besser zu verstehen. Ich danke daher dem Ministerium für die Förderung und dass das wichtig genommen wurde.

Ich möchte ganz kurz noch etwas zur spezialärztlichen Versorgung sagen, für die wir in unserer Ambulanz zuständig sind. Wir sehen viele Patientinnen und Patienten, die sich an uns wenden, und auch sehr schwere Verläufe von Long COVID. Einzelne Patienten entwickeln nach einer durchgemachten Infektion und nach initialer Besserung sogar neue, teils schwerwiegende Symptome.

Ich würde dem Kollegen Koczulla zustimmen, dass wir die Symptome auch aus vielen anderen Bereichen der Intensivmedizin von kritisch Erkrankten kennen. Bei denen sind die Long-COVID-Symptome am häufigsten.

Aber diese spezifische Erkrankung scheint aus unserer Sicht und so, wie wir die Daten interpretieren, schon den besonderen Faktor zu haben, dass Schäden und Symptome langfristig sind und eben auch einmal neu auftreten.

Ich finde, dass einige neuere Publikationen das auch ganz gut versucht haben zu kontrollieren, zum Beispiel indem man schwere Grippeerkrankte zum Vergleich herangezogen hat und man zeigen konnte, dass dieses langfristige Problem bei SARS-CoV-2 vielleicht besonders wichtig ist.

Die Kolleginnen und Kollegen haben die sehr gute Kooperation zwischen hausärztlicher Versorgung, fachärztlicher Versorgung und Rehabilitation angesprochen. Ich glaube, Sie haben hier die entscheidenden Vertreterinnen und Vertreter dieser Punkte eingeladen.

In der spezialärztlichen Versorgung kämpfen wir extrem damit, dies wirklich abzubilden. Ich freue mich sehr über das Thema „Ermächtigung“. Das ist extrem wichtig für uns.

In der spezialärztlichen Versorgung sind die Kolleginnen und Kollegen an den großen Kliniken tätig, die auch SARS-CoV-2 oder die akute Coronainfektion mitbehandeln müssen. Wir selber und auch Kolleginnen und Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich – das ist auch die Rückmeldung aus den anderen großen Zentren – haben zurzeit extreme Probleme, Patientinnen und Patienten kurzfristig Termine geben zu können. Wir haben inzwischen mehrere Monate Wartezeiten für diese Patientinnen und Patienten, die unglaublich viel Zeit beanspruchen.

Allein die Abklärung erfordert viel Zeit. Das ist einfach ein neues Krankheitsbild für uns. Das erfordert tiefere Gespräche mit den Patienten. In dem geförderten Projekt machen

wir auch teilweise sehr intensive, sehr teure Diagnostik, MRT-Untersuchungen, neurologische Spezialdiagnostik.

Das müssen Menschen machen, die nebenher auch noch die akuten Coronapatienten mitbehandeln müssen. Wir können langfristig schauen, dass wir das personell abbilden. Zurzeit ist aber ganz klar die Rückmeldung, dass es für uns sehr schwierig ist, dies in der spezialärztlichen Versorgung zu machen.

Ich würde den Wissenszuwachs bezüglich Long COVID nicht zwingend als rasant einstufen. Wir haben viele Patienten, viele Forschungsnetzwerke. NRW ist hier wirklich ein Vorreiterland. Wir haben uns hier extrem gut vernetzt, auch durch dieses Projekt. Aber was wir den Patientinnenpatienten wirklich therapeutisch anbieten können ...

Fatigue ist als extrem schwieriges Problem angesprochen worden. Auch bei vielen Symptomen bei speziellen Patienten stehen wir einfach nur daneben. Mit den Patienten zu sprechen, hilft natürlich schon, das Problem ernst zu nehmen. Aber wir hoffen auch durch dieses Projekt, weitere Dinge anstoßen zu können.

Es gibt deutschlandweite Netzwerke und die ersten klinischen Studien. Dazu kann Herr Jensen vielleicht noch etwas sagen.

Aber es ist zurzeit einfach schwierig – das Signal bekommen wir auch von den Kolleginnen und Kollegen der Unikliniken –, schnell genug Expertinnen und Experten auszubilden, die kompetent versorgen können. Wir tun, was wir können, aber an den Unikliniken sind die Tage und Nächte weiterhin lang.

Zum Problem der Kinder: Wir sind keine Pädiater. Ich fand, die CLoCk-Studie hat ganz gut beleuchtet, dass die Kinder zurzeit extrem mitgenommen sind. Die Symptomlast auch bei den nicht infizierten Kindern durch alles, was wir den Kindern zumuten mussten, ist extrem hoch.

Das von Long COVID bei Kindern abzugrenzen, ist nicht ganz einfach. Vielleicht ist das mein Resümee aus dieser Studie gewesen. Aber die Kinder müssen wir, müssen Sie – das tun Sie ja auch – immer in der Gesamtlage, die für alle extrem schwierig ist, mitbedenken.

Dr. Björn Erik Ole Jensen (Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie): Vielleicht kann ich noch ein paar Aspekte ergänzen; die Kollegen vor mir haben schon die ganz wesentlichen Punkte erwähnt.

Wir stehen bei dieser Erkrankung wirklich am Anfang. Wir verstehen die Erkrankung noch nicht gut, auch auf zellulärer Ebene. Welche Mechanismen spielen eine Rolle? Was davon ist autoimmunologisch bedingt? Was hat andere Ursachen?

Es gibt viele interessante Ansätze, das weiter zu beforschen. Aber Forschung dauert Zeit, das heißt es wird Monate und wahrscheinlich Jahre dauern, bis wir die Krankheit in all ihren Facetten voll verstehen.

Es gibt kein homogenes Krankheitsbild. Es gibt eigentlich nicht das Long-COVID-Syndrom. Es gibt aus meiner Sicht und aus Sicht vieler Kollegen verschiedenste Untergruppen.

Es gibt Menschen, die haben langfristige Probleme mit dem Geruchs- und Geschmackssinn. Das ist sicher lästig und sehr belastend, aber natürlich sind das keine schwerstkranken Menschen. Die gehen häufig gar nicht zum Hausarzt und sind durch die Probleme nur beeinträchtigt.

Es gibt andere Menschen, die Probleme der Dyspnoe, der Lungenschädigungen haben – teilweise ohne dass dies durch Tests einfach abzugreifen ist. Es ist auch teilweise für Lungenfachärzte herausfordernd, das gut zu untersuchen.

Auch da gibt es inzwischen erste Ansätze, die erklären, woran das liegen könnte, warum das zum Beispiel durch eine einfache Lungenfunktionsuntersuchung nicht abgebildet wird und warum andere, komplexere Untersuchungen notwendig sind, um das objektivierbar, messbar und vergleichbar zu machen.

Es gibt die große Gruppe der Patienten, die mehr psychische, neurologische Folgen haben. Das geht über die klassische Fatigue-Müdigkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Erinnerungslücken. Das ist ein breites Spektrum.

Ein besonderes Phänomen ist, dass das Menschen betrifft, die häufig gar nicht schwer krank, die nicht im Krankenhaus waren. Die waren vielleicht ein paar Tage zu Hause, in Quarantäne und haben gedacht, sie hätten es hinter sich. Und dann haben sie gemerkt, ihr Leben geht nicht so weiter wie vorher.

Das ist eigentlich die größte Gruppe der Menschen, die sich bei uns vorstellt. Sie sind häufig mittleren Alters, berufstätig. Es sind, wie schon berichtet, überwiegend Frauen; es gibt aber auch Männer. Das ist ein breites Spektrum. Es gibt auch Menschen mit kardialen Problemen, Herzproblemen.

Es sind Menschen, die vorher sportlich waren, die berufstätig waren und die einfach merken, dass sie nicht mehr so wie früher können. Sie können das auch selber gar nicht quantifizieren. Es gibt keinen Labortest dafür; es gibt auch keinen Test, mit dem man irgendetwas messen kann.

Das ist sehr schwierig und vielleicht auch häufig der Grund, warum die nur einmal zum Arzt gehen. Wir hören uns das an, wir machen Untersuchungen, aber wir können – Stand jetzt – außer Rehabilitationsmaßnahmen – und da sind die Kapazitäten auch beschränkt – gar nicht so viel anbieten.

Wir sagen dann, dass wir uns melden, sobald es interessante Therapieverfahren gibt, sobald es erste Medikamente gibt – wenn sie denn in ein paar Monaten noch Beschwerden haben sollten. Das geht bei manchen Menschen durchaus über drei, sechs, neun Monate oder länger, auch wenn sich manche spontan verbessern.

Es gibt Langzeitverläufe; Menschen, die sehr schwer über lange Monate sehr schwer beeinträchtigt sind. Da müssen wir noch abwarten, bis Medikamente oder andere Therapieverfahren getestet werden. Dann wird man sehen müssen, welche Verfahren wirklich einen echten Vorteil für diese Menschen bieten.

Das ist auch ein Grund, warum man unbedingt Kontrollgruppen braucht. Das gilt für die wissenschaftlichen Untersuchungen der Therapien; das gilt aber auch für die Erfassung der Symptome. Das hat die CLoCk-Studie in UK bei den Kindern versucht. Viele Kinder haben eben auch Beschwerden und Probleme, ohne dass sie COVID hatten. Aber natürlich hat die Gruppe, die COVID hatte, mehr Beschwerden – etwa doppelt so hoch.

Nichtsdestotrotz ist die Quote der Beschwerden bei den Kindern ohne COVID beeindruckend hoch. Das muss man konstatieren, und Ähnliches wird auch für Erwachsene gelten.

Bezüglich der Kontrollgruppen bei den Erwachsenen sind in vielen Studien noch Lücken. Das gilt auch für die publizierten Daten. Deswegen haben wir für unser wissenschaftliches Projekt „Beyond Covid“ solche Kontrollgruppen von Menschen, die in der Pandemiezeit leben, aber kein COVID hatten, explizit vorgesehen.

Damit wollen wir abgrenzen, welche dieser verschiedensten Beschwerden durch Inaktivität, durch Homeoffice, durch die gesamte Belastungssituation, durch den Stress bedingt sind und was durch das Krankheitsbild COVID, durch die immunologischen Folgen und durch die folgende Infektion selbst bedingt ist. Das wird man erst in den nächsten Monaten schrittweise herausfinden können.

Zur Versorgungsstruktur: Eine Ermächtigung wäre sicherlich eine große Hilfe. Ich bin nicht unser Abrechnungsexperte, aber im Moment ist unser Abrechnungsverfahren sehr stark auf Untersuchungen, auf den Laborwert, auf Tests fokussiert.

Aber der Großteil der Medizin, die wir jetzt bei diesen Patienten machen, ist sprechende Medizin. Wir reden einfach eine halbe Stunde, eine Dreiviertelstunde mit ihnen und hören uns das einfach einmal an.

Das ist in den Abrechnungsmodellen vergleichsweise wenig abgebildet, weil man eben kein CT und keinen Laborwert macht, die dann abgerechnet werden können. Das sind sicherlich Herausforderungen. Es ist sehr zeitaufwendig und eben nicht einfach in den aktuellen Abrechnungsmodellen abzubilden.

Prof. Dr. Tom Lüdde (Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie): Ich darf noch einen Punkt ergänzen: Sie haben auch gefragt, was mit Arbeitszeitbelastung, mit Arbeitsausfällen usw. ist.

Es gibt in NRW einen sehr guten Schwerpunkt „Public Health“, in Düsseldorf und Essen vor allem. Es ist in dem Projekt „Beyond COVID“ vielleicht der zentralste Punkt geworden, die Lebensqualität, die Arbeitsplatzrealität innerhalb von strukturierten Interviews abzubilden.

Jede Patientin, jeder Patient wird darüber in dreimonatlichen Abständen berichten. Das ist das Besondere an dem Forschungsprojekt. Das kennen wir so bisher nicht. Wir werden Ihnen gerne darüber berichten, weil dies natürlich auch für diesbezügliche politische Entscheidungen und für die Ressourcenplanung usw. ein wichtiger Bereich ist.

Das wird in diesem Forschungsprojekt kommen. Dazu können wir jetzt außer gefühlten Wahrheiten noch nicht wirklich etwas sagen.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Mit gefühlten Wahrheiten im politischen Raum ist immer gefährlich. – Ich schaue mich um und sehe schon die eine oder andere Wortmeldung.

Angela Lück (SPD): Ein herzliches Dankeschön der SPD-Fraktion an die Experten. Sie haben schon viele unserer Fragen beantwortet, aber es bleibt natürlich immer noch etwas übrig; anderes ergibt sich aus Ihren Antworten.

Mich würde Folgendes interessieren: Die Daten werden bei der KV und bei den Krankenkassen auf unterschiedliche Weise erhoben. Werden auch Daten erhoben, in welcher Region die Patientinnen und Patienten sind, wo sie wohnen, wo sie arbeiten, in welcher sozialen Situation sie sind? Guckt man auch dahin oder nur nach Vorerkrankungen, Alter und Geschlecht? – Das zu wissen, wären wichtige Parameter, um der Pandemie zu begegnen.

Daten zur Reha: Wir haben in der anderen Anhörung gehört, dass die sektorübergreifende Versorgung der Patientinnen und Patienten ganz wichtig ist und dass eine gute Reha eine gute Ausgangsposition ist, diese Long-COVID-Erkrankung auch gut zu überstehen oder mit den Symptomen gut zu leben.

Wir haben nun gehört, dass die meisten Long-COVID-Fälle nicht die schweren sind, die auf Intensivstationen liegen. Es sind eher diejenigen, die, wenn überhaupt, beim Hausarzt behandelt werden. Wie fängt man diese Patienten auf?

Sie haben gesagt, dass dies Patienten sind, die schwer zu fassen sind, weil sie sich oft auch gar nicht mehr in hausärztliche Behandlung begeben und trotzdem unter Long COVID leiden. Was kann man da machen? Welche Angebote müsste man diesen Patientinnen und Patienten machen? – Nachdem was wir bis jetzt gehört haben, handelt es sich um eine große Menge an Patienten und Patientinnen.

In der Anhörung wurde gefordert, dass es bei uns eine eigene Fachgesellschaft für COVID-19 geben sollte. In der Schweiz gibt es beispielsweise ein Netzwerk, das sich nur um COVID-Erkrankungen rankt und dass es dort einen großen Austausch gibt. Wäre eine Fachgesellschaft eine Methode, wie man dem begegnen könnte? Wie sehen Sie das? Wie sehen Sie die Vernetzung überhaupt? Oder haben Sie gar keinen Verbesserungsbedarf? Was sollten wir politisch zur Verfügung stellen, damit wir auch einen besseren Austausch hinbekommen, um der Pandemie wirklich etwas entgegenzusetzen zu können?

Anke Fuchs-Dreisbach (CDU): Im Namen der CDU-Fraktion danke ich Ihnen herzlich für Ihre interessanten Fachbeiträge. Ich habe eigentlich nur eine Verständnisfrage.

Dr. Jensen und Professor Koczulla sagten eben, die an COVID-19 erkrankte Kinder haben ähnliche Symptome wie die Kinder, die keine COVID-Erkrankung hatten. Woran machen Sie das fest? Untersuchen Sie die Kinder? Machen Sie Antikörperuntersuchungen, ob die Kinder COVID hatten oder nicht? Wie gestaltet sich dann die Therapie? Ist die Therapie bei erkrankten und wieder genesen Kindern sowie bei denjenigen, die kein COVID-19 oder die eine symptomfreie Erkrankung hatten gleich?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch ich darf mich erst einmal für die schon gehörten Ausführungen bedanken. Das war in vielen Fällen sehr aufschlussreich. Nichtsdestotrotz ergeben sich daraus einige Fragen.

Zu diesem Zeitpunkt gibt es noch keine Studien in der Größe, dass man manifeste Aussagen treffen kann. Der Problembereich „Long COVID“ ist einer dieser neuralgischen Punkte, bei denen es in der Entscheidungsfindung in der Politik darum geht, welche Krankheitslast COVID mit sich bringt und welche Einschränkungen der Freiheit und des Lebens notwendig sind, um der Krankheit zu begegnen.

Wir hatten zuvor die Situation auf den Intensivstationen. Jetzt geht es darum, wie sich die Erkrankung im Herbst/Winter durch die Bevölkerung bewegt und welche Krankheitslast im Folgenden dann auf uns zukommt und inwieweit Politik dann eingreifen muss.

Sie haben das vielfach gut gesagt: Für uns oder zumindest für mich, der die Studien wissbegierig liest, ist ein großes Problem, dass man nicht gut differenzieren kann, was letztlich dahintersteckt.

Professor Koczulla hat dargestellt, dass vieles im Prinzip Dinge sind, die man vorher kannte: Ventilationsstörungen nach langer Liegezeit auf der Intensivstation und andere Dinge.

Daraus ergibt sich die Frage: Kann man schon absehen, dass es sich dabei um ein Autoimmunphänomen wie bei Lupus oder MS handelt, das vielgestaltig auftritt und an vielen verschiedenen Stellen zum Ausbruch kommt? Die Daten, die wir gehört haben – mittelalte Frauen –, könnten ein Hinweis sein. Auf der anderen Seite könnte es ein Hinweis sein, dass es eher etwas Psychosomatisches ist. Weiß man schon, ob es trotzdem etwas Syndromales ist oder ist es eher ein Sammelbegriff von vielen verschiedenen nach einer COVID-Infektion auftretenden Symptomen, die darunter codiert werden?

Professor Drosten sagte in einem schönen Interview 2014: Medizin ist nicht ganz frei von Modeerscheinungen. – Ein guter Freund von mir sagte, er habe noch nie so viele CCT auf Ausschluss einer Sinusvenenthrombose in seiner Praxis gehabt wie aktuell. Das wirft Fragen auf. Herr Tamayo sagte, dass die chronische Müdigkeit in den vergangenen Jahren schon einen gewissen Aufwuchs gezeigt hat, der sich jetzt fast linear weiter gezeigt hat.

Ich habe im Vorfeld recherchiert, dass wir in diesem Jahr eigentlich keinen besonderen Aufwuchs von Chronic Fatigue zu verzeichnen haben, wenn man den Aufwuchs der vergangenen Jahre dagegen legt.

Das ist ein sehr neuralgischer Punkt, den ich völlig ideologiefrei betrachten möchte: Inwieweit gibt es wirklich einen festen Kern von Patienten, die längerfristig so schwer unter Long COVID leiden, dass sie für die Gesellschaft als Arbeitskraft etc. ausfallen?

Es ist immer wieder ein Punkt: Wie schwer sind diese Long-COVID-Fälle? Handelt es sich um ein Symptom? Leichte Kopfschmerzen? Husten, persistierend? Das haben wir in vielen Wintern gesehen in den Praxen. Dann könnte man auch von „Long Adeno“ oder „Long Coxsackie“ sprechen, wenn jemand nach sechs Wochen noch hustet.

Inwieweit sind es wirklich diese schweren Verläufe, die nach sechs Wochen noch zeigen, dass die Patienten für die Gesellschaft ausfallen?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Auch von Seiten der Grünen herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen. Ich würde auch gerne ganz ideologiefrei – wobei ich das immer lustig finde, wenn das Leute betonen – zwei Fragen stellen wollen.

Wir hatten eine Long-COVID-Anhörung, in der es einen relativ fulminanten fachlichen Streit gab. Die Kollegen aus Gelsenkirchen waren eher der Meinung, chronische Fatigue wäre eine psychosomatische Angelegenheit und die eben schon angesprochene Frau Professor Behrens hat im Prinzip den entgegengesetzten Standpunkt vertreten.

Ich glaube, es wäre für die Frage der Ambulanzen, der Behandlungen und des Heran-gehens nicht ganz uninteressant zu wissen: Wie kann das klarer abgegrenzt werden? Wie können wir dahin kommen? Eine Kollegin hatte das Thema „Fachgesellschaften“ angesprochen. Oder kommen wir da früher zu Ergebnissen?

Das Thema „ME/CFS“ ist nicht erst seit Long COVID im Gespräch, aber es findet jetzt mehr Beachtung. Die Fallzahlen sind deutlich höher – Faktor 10 – als bei einer seltenen Erkrankung.

Vielleicht können Sie mich da noch ein bisschen aufklären? Vielleicht können Sie auch ein paar Takte dazu sagen, was Düsseldorf, Essen da macht, damit wir gucken können, wie es da weitergeht.

Der zweite Punkt ist, wie die sprechende Medizin bezahlt wird. Wir wissen, dass die Selbstverwaltung zumindest im niedergelassenen Bereich durchaus eine Rolle spielt: Wenn einer mehr bekommt, kriegen andere möglicherweise weniger. Aber es hat durchaus fulminante Auswirkungen, wenn dem nicht Rechnung getragen wird. Vielleicht können Sie mir dazu noch einmal zwei oder drei Hinweise geben.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Aus eigener Erfahrung kann ich dazu sagen: Sprechendes Pflegepersonal ist manchmal auch ganz gut, aber die haben dazu meistens keine Zeit.

Marco Schmitz (CDU): Auch von unserer Seite herzlichen Dank für die Stellungnahmen. Frau Dr. Schwenzer, Sie als KV kriegen die Abrechnungsdaten und die einzelnen Schlüssel. Machen Sie eine automatisierte Erhebung, wenn Ihnen etwas auffällt?

Es guckt sich ja nicht irgendein Mitarbeiter die einzelnen Abrechnungsschlüssel an, sondern das wird doch eher automatisiert passieren. Gibt es dazu ein Verfahren?

Ich gehe davon aus, wenn aus einer Praxis nur diese Abrechnungsschlüssel kommen, dann hat irgendeine Mitarbeiterin das falsch eingegeben und dann wird nachgefragt.

Aber so ein Verfahren würde uns helfen, Gefahren frühzeitig festzustellen, wenn ganz viele Müdigkeitssyndrome oder neurologische Probleme auftauchen. Wird das von Ihnen oder einer KI automatisch gescannt oder wird das händisch geprüft?

Es wurde eben gesagt, dass sich die regionalen Netzwerke abstimmen sollen. Die Ärzte bekommen natürlich nicht mit, was der andere Arzt abrechnet – das wäre schlimm. Aber wenn eine Diagnose in einer Region gehäuft vorkommt, und ein Arzt rechnet das nicht ab, dann könnte es Ihnen doch auffallen. Dann wäre es doch sinnvoll, dass der Hausarzt, der das nicht abrechnet, die Information bekommt, dass bei ihm in der Gegend viele Fälle von einer bestimmten Krankheit vorkommen und dass er darauf achten sollte.

Noch eine Frage an Dr. Jensen: Die Perspektive klingt nicht sehr positiv, um nicht negativ zu sagen, wie Sie die Behandlung dargestellt haben und wie wenig wir eigentlich wissen. Sie haben gesagt, zumindest in dem Forschungsprojekt werden Kontrollgruppen eingesetzt. Wird das auch bei den Kindern gemacht?

(Dr. Björn Erik Ole Jensen (Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gastro-enterologie, Hepatologie und Infektiologie) nickt.)

Gut, dann haben wir das schon beantwortet.

Herr Professor Lüdde, bei der wissenschaftlichen Auswertung der Datenlage geht es zum einen um die Behandlung, die Sie vor Ort in der Ambulanz durchführen, und zum anderen um die wissenschaftliche Begleitung. Wie viel Raum nimmt das denn ein? Das eine ist: Ich muss mit den Menschen arbeiten, ich muss die Patienten behandeln. Das andere ist: Wie groß ist der Anteil der wissenschaftlichen Auswertung daran? Vielleicht sehen wir dann irgendwann einmal den einen Marker im Blut für Long COVID, oder wir sehen vier Merkmale, von denen wir ausgehen, dass sie zusammen Long COVID ergeben.

Wie viele Menschen werden denn aus den Hausarztpraxen zu Ihnen geschickt? Wann ist der Zeitpunkt, dass ein Hausarzt sagt, er ist am Ende seines Lateins und schickt den Patienten in eine spezielle COVID-Ambulanz. Oder gehen die Patientinnen und Patienten von vornherein zu Ihnen? Wobei ich das gar nicht glaube, weil viele Menschen gar nicht wissen, dass es diese Ambulanzen gibt. Wie ist da der Übergang zwischen dem Hausarzt und Ihnen?

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Das war eine sehr umfangreiche Fragerunde. In der Beantwortung gehen wir in der gleichen Reihenfolge vor wie eben bei den Statements, sodass wir keinen übergehen und hoffentlich alle Fragen beantwortet werden.

Miguel Tamayo (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Welche Daten können ausgewertet werden? – Wir wissen über die Patienten, wo sie wohnen. Regionale Analysen sind also möglich. Wir wissen nicht, welchen Sozialstatus sie haben. Das ist nicht auf der Krankenversicherungskarte vermerkt. Wir wissen, ob sie Mitglied, familienangehörig oder Rentner sind. Das war es schon.

Die Krankenkassen haben verschiedene Codes dafür. Wir haben das nicht. Man kann über den Umweg der sozialräumlichen Eigenschaften – das ist ein ganz neuer Forschungszweig – vielleicht darauf schließen.

Ansonsten haben wir sehr viel in den Sozialdaten. Die Versorgungsforschung versteht sich als transnationale Forschung. Wir können keine Grundlagenforschung machen wie die Kliniker, aber wir können durchaus Fragen stellen, wie man die Versorgung verbessern kann und gehen den Hinweisen nach. Unser Grundstoff besteht auf der einen Seite aus den Diagnosen und aus den erbrachten Leistungen auf der anderen Seite. Das können wir alles den Praxen und den Patienten zuweisen, auf beiden Seiten Arzt-Patienten-Kontakte analysieren.

Vorhin wurde angesprochen, dass wir in der Klinik nur von den Patienten erfahren, die zu uns kommen. In der vertragsärztlichen Versorgung sind tatsächlich 90 % aller Versicherten einmal im Jahr bei irgendeinem Arzt vorstellig. Wenn man alle Haus- und Fachärzte der Grundversorgung dafür sensibilisiert, dass sie in der Anamnese nachfragen, ob eine Coronainfektion vorlag – darauf wollen wir hinarbeiten –, dann können wir sicherlich die Kodierqualität verbessern, die jetzt, wo alles noch ziemlich neu ist, zugegebenermaßen nicht perfekt ist.

Wir sind nicht die einzigen, die Daten analysieren. Es gibt Lehrstühle für Versorgungsforschung. Es gibt die wissenschaftlichen Institute der Krankenkassen. Wer eine interessante Fragestellung hat, kann sich an die Forscherinnen und Forscher wenden.

Zu den Fachgesellschaften: Das können wir schlecht beeinflussen. Wir selbst verstehen uns als transnationale Forschende und könnten die Ressourcen auch zur Verfügung stellen.

Bei den Netzwerken wurde bis jetzt noch nicht erwähnt, dass es mittlerweile auch Selbsthilfegruppen für ehemals an Corona Erkrankte gibt. Auch die muss man mitdenken, wenn man über Vernetzungen und Netzwerke spricht. Deren Erfahrungen sind sicherlich auch sehr wertvoll für die Behandler.

Zu den Fragen von Frau Fuchs-Dreisbach und Herrn Vincentz kann ich leider nichts sagen.

Zur sprechenden Medizin: Ich habe das vorhin nicht referiert, weil das noch alles sehr ungenau ist. Aber bei 62 % der Post-COVID-Hausarztpatienten wurde der erhöhte zusätzliche Gesprächsbedarf abgerechnet. Das heißt, dass es wirklich etwas zu reden gab. Dafür bekommen die Ärzte 18 Minuten pro Quartal. Das ist budgetiert. Wahrscheinlich haben sie etwas länger als 18 Minuten geredet. 18 % dieser COVID-Patienten haben zusätzlich noch eine telefonische Beratung bekommen. Dafür können 10 Minuten pro Quartal abgerechnet werden.

Zur Reha kann ich sagen: 0,6 % haben aus dem vertragsärztlichen Bereich eine Rehaverordnung bekommen. Das sind natürlich nicht alle, die kann man auch von woanders bekommen.

Für 3 % wurde die Gebührenordnungsziffer abgerechnet, bei der ein Kurplan oder ein Plan zur beruflichen Wiedereingliederung erstellt wurde. Auch das ist nur so Pi mal Daumen. Deswegen habe ich das im Eingangsstatement nicht erwähnt. Aber wir bleiben dran.

Zu den Abrechnungsprüfungen: Es kommen immer weiter Daten rein. Genau deswegen dauert es drei Monate, bis wir die Daten für die Versorgungsforschung zur Verfügung haben, weil auf Plausibilität geprüft wird. Die nicht plausiblen Sachen werden rausgenommen.

Echtzeitdaten haben wir nicht zur Verfügung, und wir scannen das nur unter Abrechnungsgesichtspunkten und nach Plausibilität, nicht nach Qualitätsprüfungen oder so etwas.

So etwas passiert in den Qualitätszirkeln. Die Qualitätszirkel können bei uns Daten aus ihrer Region bestellen. Es gibt sogar praxisindividuelle Feedbacks zum Beispiel für ein Disease Management Programm.

Das habe ich bei meinen Patienten gemacht im Vergleich zu meiner Fachgruppe in meiner Region. Solche Auswertungen machen wir durchaus auf Anfrage, aber nicht automatisiert.

Bei den Echtzeitdaten mischt auch unser Zentralinstitut in Berlin mit. Da gibt es ganz interessante Sachen, die jetzt durch Datenspenden laufen. Damit kann man zum Beispiel eine Fieberkurve nachzeichnen. Die Leute tragen Wearables und senden ihre Daten an Datensammelstellen. Das sind tatsächlich Echtzeitdaten, aber da sind wir raus. Das sind keine Routinedaten aus der Versorgung. Aber das wird in Zukunft eine Rolle spielen. Da gibt es einiges, was man daraus ableiten kann. Dieser Forschungszweig wird von uns, weil wir Big Data können, mitbegleitet.

Dr. Claudia Schwenger (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Das Wesentliche von den Fragen, die wir beantworten können, hat Herr Tamayo abgearbeitet.

Noch etwas zur Frage, ob es eine Kontrollfunktion gibt, wenn jemand sehr viel mehr oder eben keine oder sehr wenige Fälle behandelt. Da haben wir keinen Reflex und keine Leuchte, die angeht. Aber wir haben aus der Vergangenheit immer wieder Reaktionen von Patienten, auf die wir eingehen. Das sind aber individuelle Dinge.

Ein Beispiel aus der Vergangenheit: Mehrere Patienten hatten sich beschwert, dass der betreffende Hausarzt keine Abstriche machen würde. Das war zu Anfang der Coronawelle, als die Hausärzte noch keine Schutzkleidung hatten und unterschiedlich aufgestellt waren. Es gab weitere Beschwerden zu diesem Hausarzt, und dann haben wir geguckt, wie viel der überhaupt macht. Wir können gucken, wie viel der in der Vergangenheit abgerechnet hat, und dieser Hausarzt hatte keine Abstriche abgerechnet. Der macht prinzipiell keine Abstriche. Wir können ihn nicht dazu verpflichten, aber ich habe ihn dann angerufen – ein kollegiales Gespräch im Einzelfall.

Das sind extreme Einzelfälle, aber da können wir schon einmal die Daten nutzen und gucken, was der macht. Dann können wir sehen, ob die Beschwerden berechtigt sind oder ob das eher das Einzelempfinden eines Patienten ist. Das können wir tun, aber wir tun es nicht automatisiert.

Noch eine Ergänzung zum Fatiguesyndrom. Das hatte schon Anfang 2018 zugelegt. Jetzt hätte ich einen Riesenüberschuss erwartet und dass ganz viele Fatiguesymptome von den niedergelassenen Kollegen codiert sind.

Man kann das, unter all den Einschränkungen, die Herr Tamayo und ich schon genannt haben, interpretieren. Aber man muss im Hinterkopf behalten, dass Patienten, die schon vor Corona Symptome hatten, durchaus darüber klagen, dass diese nach Corona sehr viel stärker geworden sind.

Es kann durchaus sein, dass Patienten, die 2018 schon mit dem Fatiguesyndrom in der Statistik aufgetaucht sind, jetzt wieder erscheinen, und das ergibt dann keinen Zuwachs.

Birthe Motzkus (Verband der Ersatzkassen e. V. [vdek]): Kurz zur Datenlage: Wenn die Krankenkassen auf Abrechnungsdaten zurückgreifen, dann geht das nach Alter, Geschlecht und Wohnort. Einen sozialen Status könnte man nicht so ohne Weiteres zuführen.

Dann müsste man Daten über die Mitgliedschaft mit Daten über die Behandlung zusammenführen. Da gibt es aber datenschutzrechtliche Schwierigkeiten. Soweit ich weiß, ist im Moment auch noch nicht angedacht, da weiter zu forschen.

Man müsste schauen, wie hoch der Versichertenbeitrag ist, dann wüsste man, wie hoch das Einkommen ist. Ist derjenige Arbeitgeber oder selbstständig? – Das ist sehr schwierig zu handhaben.

So etwas ist einfacher, im Rahmen einer Forschung zu machen, wenn man die Leute befragt und die selber melden, ob sie arbeitslos, Student oder Hochschulprofessor sind. Diese Daten wären einfacher auf diesem Wege zu erheben.

Was macht man mit den vielen Patienten, die an Long COVID erkrankt sind aus Kassensicht? – Wir führen keine Behandlungen durch, aber wir versuchen, adäquat zu informieren und zu beraten.

Das passiert auf verschiedensten Wegen. Es gibt spezielle Coronahotlines. Es gibt Informationen sowohl in den Printmedien der Krankenkassen als auch digitale Angebote, auch auf den Internetseiten. Es gibt Apps zu einzelnen Symptomen, die man den Patienten zur Verfügung stellen könnte.

Die Krankenkassen haben inzwischen auch den Auftrag, die Versicherten zu befähigen, mit Gesundheitsinformationen zurechtzukommen. Es gibt ein Modellprojekt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, das zusammen mit der Universität Kiel durchgeführt wird. Dabei versucht man, ideale Herangehensweisen in Form eines Gesundheitsinformationskiosks zusammenzustellen. Die wissenschaftlich unterstützten Maßnahmen, die dort entwickelt werden, sollen hinterher auch allen Ersatzkassenversicherten zur Verfügung gestellt werden.

Bezogen auf die sprechende Medizin sind die Abrechnungsziffern, die Herr Tamayo genannt hat, die relevanten. Darüber hinaus werden aber auch noch die Versichertenpauschalen abgerechnet und bei den chronisch Kranken auch noch die Chronikerpauschale. In diesen Leistungen ist immer auch ein Teil sprechende Medizin und ein technischer Anteil impliziert. Es bestehen also ein paar ergänzende Abrechnungsmöglichkeiten.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Wenn ich hier grinse, dann hat das damit zu tun, dass ich gerade mehrere stationäre Aufenthalte hinter mir habe und dann über das Sprechen mit Ärzten und Pflegepersonen nachdenke.

Prof. Dr. Rembert Koczulla (Schön Klinik Berchtesgadener Land [per Video zugeschaltet]): Es sind jetzt viele Fragen adressiert worden. Ich versuche, kurz das durchzugehen, was mir im Gedächtnis geblieben ist.

Nach den Kindern ist gefragt, die CLoCk-Studie ist erwähnt worden. Die Kinder hatten hier tatsächlich einen positiven Nachweis, der geführt worden ist. Es sind keine Therapien überprüft, sondern Symptome aufgeführt worden.

Um das Ganze zu überprüfen, müssen Sie nur ihr Kind im Sportverein fragen, das wahrscheinlich vor ein paar Wochen zum ersten Mal wieder auf dem Trainingsplatz stand. Fragen Sie unter vorgehaltener Hand einmal den Trainer, was das Kind jetzt kann. Sie werden wahrscheinlich nicht positiv begeistert, sondern eher erschreckt sein, weil hier ein großer Leistungsverlust beschrieben wird.

Das Ganze ist auch noch mit Gewicht korreliert worden. Hier gibt es Daten von 8 kg. Ob sich das wirklich quer durchzieht, weiß ich nicht, aber es ist natürlich erschreckend. Die Daten zu den Volkskrankheiten Diabetes und Adipositas auch bei Kindern sind durch die COVID-Pandemie leider nicht günstig beeinflusst worden.

Es ist die Frage nach einer Fachgesellschaft gestellt worden. Ich bin ein großer Freund von Pragmatismus und warne davor, dass wir uns totregulieren. Wir wollen gerne Bürokratie abbauen, und ich weiß nicht, ob eine Fachgesellschaft für COVID uns wirklich weiterbringt. Wenn sie denn tatsächlich durchgesetzt wird, möchte ich mich gerne eines Besseren belehren lassen.

Wir sind an einigen Stellen schon sehr gut organisiert. Ich glaube, wir sollten lieber den Finger in die Wunden legen und fragen, wo wir andere Strukturen brauchen und ob eine Veränderung der Strukturen wirklich durch eine Fachgesellschaft erreicht werden kann. Sie müssen die Strukturen nicht (*akustisch unverständlich*), das heißt vielleicht im Sinne von besserer Vernetzung der Ambulanzen, Verbesserung der Digitalisierung.

Ich glaube, man darf nicht davon ausgehen, dass die Praxen wissen – das ist hier auch angeklungen –, was die anderen Praxen machen. Die Praxisorganisation wird über EDV geregelt. Da sitzt vielleicht noch ein Praxismanager. Aber dass all diese Dinge beim Doktor, der sich mit den klinischen Problemen beschäftigt, ankommen, wage ich zu bezweifeln.

Insofern glaube ich, dass wir diese Dinge eher in die Chipkarte, die Krankenversicherungskarte – wenn sie denn sicher ist – einspeisen müssen. Da sehe ich eher Chancen als bei den Stammtischen der Ärzte. Die sind, glaube ich, auch häufig froh, wenn sie dann um 19:00 Uhr nach Hause gehen dürfen.

Es wurde eine Frage zur Pathophysiologie gestellt. – Ganz ehrlich: Was Long COVID betrifft, wissen wir es nicht. Es gibt eine Reihe von Spekulationen, von denen ich zwei, drei ganz kurz anführen möchte.

Es gibt ein paar Daten zu den NK-Zellen, Natural Killer Cells, und zu einer unterschiedlichen Entzündungsantwort. Das heißt, das Leichte wird über TNF-Alpha reguliert, das Schwere wird über eine falsch geleitete Interferon-Alpha-Antwort reguliert. Das sind jetzt sehr medizinische Begrifflichkeiten. Sie dürfen sich merken, dass Entzündungsvorgänge wahrscheinlich unterschiedlich reguliert werden und dass hier womöglich Kaskaden angeworfen werden, die zu einem unterschiedlichen Ergebnis führen. Das sehen wir dann als Long COVID.

Was Frau Kollegin Schwenzer gesagt hat, ist auch ein wichtiger Punkt: Grunderkrankungen können auch angetriggert werden, und auch das wird unser Long COVID subsumiert.

Die Fatigue haben wir de facto nicht verstanden. Wir wissen nicht, ob Tumor-Fatigue das Gleiche ist wie die Fatigue, die bei Entzündungserkrankungen entsteht – auch das ist nicht neu. Beim Kissing Disease, beim Pfeifferschen Drüsenfieber, wissen wir, dass es über Wochen und Monate anhalten kann – auch im zweistelligen Bereich.

Insofern müssen wir noch mehr in die Wissenschaft investieren, um die Pathophysiologie besser zu verstehen und danach medikamentös tätig werden zu können.

Prof. Dr. Tom Lüdde (Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie): Ich habe mir zu den Punkten einige Notizen gemacht.

Der Sozialstatus wird mit Sicherheit eine Rolle spielen. Das ist ein wichtiger Punkt. Wir haben das in den Untersuchungen zum Risiko für eine schwere akute SARS-CoV-2-Infektion publiziert gesehen. Die Signale sind so, dass das mit Sicherheit auch bei Long COVID eine Rolle spielen wird. Wir werden das mit strukturierten Interviews – genau das, was Frau Motzkus angesprochen hat – in Gänze abbilden und Ihnen Zwischenergebnisse gerne berichten.

Brauchen wir mehr Fachgesellschaften? – Ich stimme Herrn Koczulla vollkommen zu: Wir brauchen sie nicht. Was wir brauchen, ist eine bessere und effektivere Vernetzung der bestehenden Strukturen. Wir brauchen keine Doppelstrukturen.

Es gibt ein nationales Netzwerk, das NUM-Netzwerk, das sich gebildet hat. Wir haben festgestellt, dass wir in NRW sehr schlagkräftig waren, die Standorte in NRW zusammenzubringen. Es ist für das Land sehr gut, dass wir die Universitätskliniken haben.

Für uns war Corona diesbezüglich auch eine Chance. Manche Dinge sind besser nach vorne gekommen. Vor fünf Jahren war die Vernetzung im Ausland schon sehr gut, und jetzt sind wir dabei, das sehr gut nachzuholen. Vernetzung auch zwischen den Sektoren ist etwas, woran wir noch arbeiten können. Aber dass wir zum Beispiel bei der Digitalisierung besser geworden sind, hat Corona sicherlich mit angestoßen.

Noch ganz kurz: Ich hatte nicht gesagt, dass wir nur die Patienten sehen wollen, die sich bei uns melden. Gerade unser Forschungsprojekt zielt genau darauf ab, das nicht zu machen.

Zurzeit sagen wir, Long COVID ist häufiger bei Frauen als bei Männern. Wissen wir das wirklich? – Nein. Es könnte auch etwas mit einer unterschiedlichen Wahrnehmung

von Gesundheitsproblemen zu tun haben, dass sich Frauen zum Beispiel häufiger an ihre Ärztinnen und Ärzte wenden als Männer.

Von daher ist es einfach so ultrawichtig, dass wir diesen Bereich besser verstehen. Wir haben selber Versorgungsforschung gemacht – versucht mit der Diagnose Long COVID. Wir haben über die ICD-Codes auch schöne Daten, die konnten wir bisher aber nicht publizieren, weil uns alle Expertinnen und Experten gesagt haben: Woher wisst ihr denn, dass das wirklich Long COVID ist? – An diesem Punkt müssen wir noch nachlegen.

Sie haben nach der Krankheitslast gefragt. – Ich möchte ganz explizit darauf hinweisen, dass es eine besondere Krankheit ist. Ich versuche, nicht emotional zu werden, auch wenn ich als Chef der Klinik meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern seit anderthalb Jahren sehr viel zumuten muss.

Ich habe auch den Nebenton bezüglich sprechender Medizin von Ihnen kurz mitgenommen. Ich kann Ihnen sagen: Wir würden gerne mehr sprechen. Wir hätten auch gerne Podcasts gemacht in dieser Zeit. Das mussten die Virologinnen und Virologen machen, weil die Infektiologinnen und Infektiologen und die Intensivmedizinerinnen und -mediziner das nicht konnten.

Wir haben en masse Röntgenbilder, CT-Bilder von Lungen gesehen: Diese strukturellen Veränderungen der Lunge durch Corona kannten wir vorher nicht. Wir haben uns inzwischen daran gewöhnt. Wenn Sie mir das vor fünf Jahren gezeigt hätten, wäre ich rückwärts umgefallen. Die Zahl dieser Patientinnen und Patienten macht deutlich, wie lange es dauern wird, bis solche Schäden wieder einigermaßen zurückgebildet sind.

Ja, es ist eine extreme Krankheitslast. Wir haben eine Patientin gesehen, die das lächelnd überstanden hat, weggegangen ist und vier Wochen später im Rahmen eines Long COVID komplett gelähmt war. Eine ärztliche Kollegin, selber unglaublich motiviert, wollte wieder zurück an die Front – und konnte es bis heute nicht. Das ist jetzt neun Monate her.

Es ist ein relevantes Problem, und es ist ein besonderes Problem, und wir sind am Anschlag.

Sie hatten zur Abgrenzung von Forschung und Klinik gefragt in dem Projekt. – Das ist ein bisschen geteilt. Das Projekt wird freundlicherweise gefördert. In der Kohorte werden wir 2.000 Patientinnen und Patienten einschließen und bei ihnen eine extrem intensive Untersuchung machen – egal, ob sie Symptome haben oder nicht.

Davon abzugrenzen ist die Versorgungsrealität der Patientinnen und Patienten, die sich an uns wenden. Ich habe schon gesagt, dass es ganz unterschiedliche Zuweisungswege gibt: persönliche E-Mails an uns; E-Mails von Angehörigen, die irgendwelche Verbindungen zu uns haben und die um frühere Termine für die Erkrankten bitten, weil diese erst in drei Monaten einen Termin haben; fachärztliche Kolleginnen und Kollegen über die verschiedenen Netzwerke, die wir haben. Die Zugangswege sind einfach sehr unterschiedlich.

Aber wir können diese breite Diagnostik, die wir im Forschungsprojekt machen, nicht allen anbieten. Dass wir es einmal dosiert über die Presse nach außen getragen haben, hat zu einem Run auf dieses Forschungsprojekt geführt. Wir machen uns keine Sorgen, diese 2.000 Patientinnen und Patienten einschließen zu können im nächsten Jahr. Aber die Versorgungsnotwendigkeit ist viel höher.

Dr. Björn Erik Ole Jensen (Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie): Ich hatte nicht mitgeschrieben, aber ich hoffe, dass ich die wesentlichen Punkte noch ergänzen kann, die mir zu den Fragen einfallen.

Zur Demografie und zum sozialen Status: Man muss zwei Dinge unterscheiden. Wir haben auf Station auf jeden Fall erlebt, dass dies einen Risikofaktor für Verschiedenes darstellt – genauso wie es Unterschiede zwischen geimpft sein und nicht geimpft sein gibt.

Man muss unterscheiden zwischen welche Patienten bekommen Long COVID und welche Patienten sehen wir in den Ambulanzen. Im Moment, das berichten auch andere Kollegen aus Essen oder Köln, sehen wir in den Ambulanzen überwiegend die Gutgebildeten, Gutsituierten, durchaus auch Akademiker, die einen guten Zugang zum Medizinsystem haben, sich aktiv vorstellen, sich aktiv kümmern und sagen: Mir geht es nicht so gut wie früher. – Die hängen sich rein. Sie schreiben uns E-Mails usw. usf.

Das ist sicherlich nur eine Teilgruppe. Es gibt wahrscheinlich eine Gruppe von Patienten, die auch Probleme hat, aber einfach zu Hause sitzt und gar nicht die Möglichkeit hat, einfach in eine universitäre Ambulanz zu kommen – auch weil es ihnen vielleicht gar nicht bewusst ist, dass es so etwas gibt oder dass es Long COVID gibt.

Wenn wir die Patienten auf unseren Stationen mit schwerem COVID sehen, dann ist deren Informationsstand teilweise erschreckend niedrig. Für uns, die wir in einer Blase leben, in der wir seit anderthalb Jahren fast nur COVID machen, kommen sie fast aus einer fremden Welt – als hätten sie anderthalb Jahre auf einem anderen Planeten gelebt. Das ist zum Teil verblüffend. Diese Patienten würden sicherlich nicht – selbst wenn sie länger Probleme hätten – von sich aus bei uns auftauchen.

Zudem gehen die Begrifflichkeiten leider durcheinander. Das Chronic Fatigue Syndrome ist ein sehr seltenes, durchaus bekanntes Krankheitsbild – es gibt wenige Experten in Deutschland – das nach EBV oder anderen Infektionen bekannt ist und das – ich mache seit über 20 Jahren Infektiologie – man immer wieder einmal gesehen hat. Aber das kam eher sporadisch.

Jetzt ist es so, dass wir sehr viele Patienten mit verschiedensten Problemen sehen. Nicht alles ist ein klassisches Chronic Fatigue Syndrome. Das ist eher eine Subgruppe, die auch ganz spezifische Beschwerden hat. Manche dieser Patienten kann man sicherlich als ein Chronic-Fatigue-Syndrome-ähnliches Problem einstufen.

Aber es gibt darunter auch Leute, die einfach Konzentrationsstörungen haben, die schlechter schlafen. Das sind andere Funktionsstörungen, die nicht alle dem alten Bild des Chronic Fatigue Syndrome entsprechen.

Die Daten sind noch unklar, aber es scheint in der Gruppe der Menschen, die COVID hatten – ich sage es einmal vorsichtig –, häufiger zu sein als bei Menschen, die einfach nur in der Pandemie gelebt haben.

Diese Dinge muss man einfach noch besser voneinander trennen. Man muss versuchen, Tests zu entwickeln, um zu verstehen, welche Pathophysiologie dahinter steht und wie man das gezielt behandeln und adressieren kann.

Das Besondere ist, dass diese Gruppe jetzt plötzlich gefühlt sprunghaft größer geworden ist. Das mag sich in den Krankenkassendaten so nicht darstellen. Ich habe früher ab und zu einmal eine Anfrage wegen Fatigue nach Infektion bekommen. Jetzt ist es so, dass wir unsere Ambulanz bis Dezember durchplanen können und immer noch nicht genügend Termine finden – und das sind wohlgemerkt hauptsächlich nur die Leute mit sehr guten Bildungsstand und mit gutem Zugang.

Bei den Patienten, die ausschließlich ambulant zu Hause versorgt worden sind und die nie im Krankenhaus waren, also nie schwer krank waren, sind es – wenn man es konservativ rechnet – in fast allen publizierten Untersuchungen über 10 % der Patienten, die länger Probleme haben – vielleicht nicht dauerhaft, aber zumindest über mehrere Monate.

Es gibt eine norwegische Gruppe, die einen kleinen Ort nahezu flächendeckend zu COVID untersucht hat. In dieser Gruppe sind es sogar deutlich mehr Menschen. Man mag da noch einen gewissen Anteil an Pandemiefolgen abziehen, aber das scheint schon ein relativ hoher Anteil zu sein, der längerfristig Probleme hat – natürlich mit unterschiedlichen Schweregraden.

Ich wollte jetzt nicht zu negativ werden, weil der Kollege gesagt hatte, das hätte jetzt alles so fatalistisch geklungen. Ich bin kein fatalistischer Mensch. Wir müssen uns nur klar sein, dass wir mit dem Krankheitsbild am Anfang stehen. Die Medizin wird Wege entwickeln, sich mit diesem Patienten zu beschäftigen, und hoffentlich auch gute Wege entwickeln, den Menschen helfen zu können.

Aber wir müssen uns klar sein, dass wir noch einige Monate – für manche Aspekte Jahre – brauchen werden, um wirklich voll zu verstehen, welcher Teil der COVID-19-assoziierten Folgeerkrankungen welche Ursache hat.

Erst wenn wir die Ursache richtig gut verstehen, kann man diese Ursachen gezielt behandeln. Das wird uns wahrscheinlich die nächsten ein, zwei, auch mehr Jahre beschäftigen.

Wahrscheinlich wird es auch vielen Leuten in ein oder zwei Jahren viel besser gehen als jetzt. Aber jetzt im Moment ist es für uns ein sehr schwieriges Problem. Hinzu kommt, dass diese Arbeit noch on top auf unsere bisherige Arbeit kommt. Es ist nicht so, dass die anderen Krankheiten alle verschwunden sind. Diese werden von den gleichen Ärzten weiter behandelt. Das heißt, wir müssen das mit dem mehr oder weniger gleichen Personalstand zusätzlich leisten.

Eine wissenschaftliche Bearbeitung eines Patienten wird locker 2-3 Stunden dauern. In der Routine brauchen die Kollegen, um mit dem Patienten zu reden, häufig auch

noch eine Dreiviertelstunde – mindestens und ohne die Untersuchungen, die man mit dem Patienten noch macht.

Das sind sehr aufwendige Patienten, die im Moment – in Anführungszeichen – ein bisschen nebenher laufen müssen.

Allein in NRW gab es vielleicht knapp 1 Million Menschen, die bisher COVID hatten. Wenn man jetzt nur 10 % von denen nimmt – viele von denen mögen inzwischen wieder beschwerdefrei sein –, dann versteht jeder, dass es sich um eine relevante Anzahl von Menschen handelt, die in irgendeiner Form im Gesundheitssystem auftauchen.

Ohne fatalistisch sein zu wollen, denn das wird sich irgendwann zumindest für den Großteil der Menschen auch wieder positiv entwickeln, aber es ist im Moment eine große Herausforderung für alle Beteiligten.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Ich habe noch eine Verständnisfrage. Die Kollegin Lück hat eben die Fachgesellschaft angesprochen. Ich habe jetzt, glaube ich, zweimal gehört, dass Sie nicht so wahnsinnig davon begeistert sind, wenn eine Fachgesellschaft eingerichtet wird.

Ich habe das Protokoll von der vorigen Anhörung noch einmal herangezogen. Auch wenn sie nicht von einer Fachgesellschaft gesprochen haben, waren die Fachleute sehr einig darüber, dass es ihnen 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. Zudem sollte man darüber nachdenken, ambulante Rehakonzepte zu etablieren.

Diese Argumente finden sich immer wieder in dieser Anhörung. Zum Schluss wird es noch einmal sehr deutlich – ich kann mich persönlich noch gut an den Schluss der Anhörung erinnern. Frau Professorin Lehmann von der Uniklinik Köln sagte ausführlich, dass wir diese Patientenströme koordinieren müssen, dass wir die Übergänge zwischen den Sektoren erarbeiten müssen. Sie hat das sehr euphorisch dargestellt. Sie hat aber auch dargestellt, dass sie dazu keine Zeit und auch kein Geld haben.

Ihr letzter Satz war sehr deutlich: „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.“

Ich habe eben von Herrn Professor Koczulla gehört, dass es keine Qualitätsstandards für Reha gibt. Ich bin immer noch in Reha, seit vielen Wochen, und habe das auch mit den Verantwortlichen dort in den Rehazentren besprochen – man will in der Reha nicht nur gequält werden –, und die spiegeln das auch wieder, dass es keine Qualitätsstandards gibt. Ich habe hier immer wieder etwas von Reha gehört.

Noch einmal meine sehr konkrete Frage: Teilen Sie das, nämlich dass wir es sektorübergreifend mit den Hausärzten und mit den Rehazentren zusammen angehen müssen, zum Beispiel Kompetenzzentren an den Unikliniken anzusiedeln, damit Sie dort ein Handling haben?

Herr Koczulla, Sie haben auch die Netzwerkstrukturen und die Kompetenzzentren angesprochen und dann freundlich formuliert: Das kann optimiert werden. Teilen Sie das, was uns Frau Professor Lehmann ins Stammbuch geschrieben hat? Sollten wir da aktiv werden? Wäre das hilfreich für Sie? Wenn es keine Fachgesellschaften sein sollten, ginge das dann über die Kompetenzzentren?

Prof. Dr. Tom Lüdde (Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie): Ich kann das nur ausdrücklich empfehlen. Frau Lehmann ist Teil unseres Netzwerks. Wir haben das bei dem Initiierungstreffen mit der Ministerin am Standort ganz offen zwischen allen Kompetenzzentren besprochen.

Sie würden uns sehr helfen, wenn Sie uns unterstützen – das ist genau das, was wir versucht haben, heute zu beleuchten und was Frau Lehmann offensichtlich hier auch in der gleichen Vehemenz dargestellt hat. Dieser Bereich ist einer der wichtigsten, in dem wir auch wirklich viel Gutes bewirken können – auch in der Schnittstelle zu den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, auch über die Gesundheitsämter, die in das Projekt mit eingebunden sind.

Die Kompetenzzentren zu unterstützen, uns die Möglichkeit zu geben, dem Problem ausreichend widmen zu können – dieser Bedarf ist riesig, und Sie würden uns damit sehr helfen.

Prof. Dr. Rembert Koczulla (Schön Klinik Berchtesgadener Land [per Video zugeschaltet]): Ich stimme Ihnen in allen Punkten, die Sie gemacht haben, zu. Ich empfinde das auch nicht als Diskrepanz zu dem, was im Vorfeld schon gesagt worden ist.

Ich glaube schon, dass es Strukturen geben muss, wo jemand den Hut aufhat und koordiniert.

Schauen wir einmal kurz zu unseren Nachbarn in die Niederlande und nach Belgien. Dort gibt es Assessment Tests, das heißt, hier werden die Patienten im Vorfeld gesehen, und es werden individuelle Therapien für diese Patienten festgelegt. Hier schaut man, wie eingeschränkt die Patienten sind und was für ein Rehaprogramm sie brauchen.

Dort ist rehabilitative Medizin stark universitär mit eingebunden. Das ist in Deutschland an einigen Stellen leider noch nicht so. Da fehlen uns tatsächlich auch die Daten.

Das heißt, wir brauchen gut und gerne Ihre Unterstützung, und wir sind sicherlich bereit, aus der Wissenschaft und aus der Klinik heraus mit Ihnen diese Strukturen zu verfolgen.

Ich möchte den Fachgesellschaften keine Kompetenz absprechen. Aber wenn Sie etwas neu etablieren, dann sehe ich immer den bürokratischen Aufwand und die Problematik, neue Strukturen ins Leben zu rufen. Das hat immer mit einer zeitlichen Verzögerung zu tun.

Eine Weiterentwicklung schon bestehender Strukturen empfinde ich häufig als schneller, und jetzt haben wir einen akuten Bedarf. Hier muss etwas Interdisziplinäres bedient werden.

Es ist nicht immer ganz leicht gewesen, von den Fachgesellschaften, die wir ohnehin für die Leitlinie eingeladen haben, eine Meinung oder ein Statement zu bekommen. Wir hatten einen hohen Zeitdruck, und deswegen gibt es durchaus Kollegen, die Leitlinie mittlerweile mit „d“ schreiben.

Ich glaube, wir müssen möglichst pragmatisch sein. Ob wir es am Ende Fachgesellschaften oder Kompetenzzentren mit einem primären Koordinator nennen, ist letztendlich Nomenklatur.

Aber ich glaube, dass wir auf dem, was wir haben, aufbauen können, und dass wir damit vielleicht schneller sind, als etwas ganz neu durch die Gremien zu jagen.

Als Abschlussatz möchte ich gerne sagen: Wir brauchen Standards. Sie wünschen sich, wenn ich es richtig mitbekommen habe, auch ein Vorher- und ein Nachherbild – möglichst in Zahlen. Das gibt es bei vielen Rehaaufenthalten leider nicht.

Ich glaube, wir müssen hier tatsächlich individueller werden. Medizin wird individueller, wird personalisierter. Da müssen wir angreifen, und wir tun gut daran, da besser zu werden.

Vorsitzender Rainer Schmelzer: Ich glaube, so schwarz-weiß denken wir gar nicht, dass wir vorher und nachher Zahlen haben wollen. Uns geht es darum, dass wir das, was Sie an Wünschen an uns herantragen, um den Menschen, die Long COVID haben, noch besser zu helfen, dort wo wir es können, umsetzen können.

Zahlen sind immer gut. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ein Arzt 18 Minuten im Quartal für ein Gespräch abrechnen kann. Das ist für mich erschreckend. Aber diese Zahlen meinen wir nicht.

Wenn wir heute über Datenlage und Datenbasis sprechen, ist es hochinteressant zu hören, dass ca. 10 % der 1 Million an COVID Erkrankten in Nordrhein-Westfalen an Long COVID erkrankt sind. Das sind 100.000 Menschen.

Ich denke, es ist unsere verdammte Pflicht, über diese Menschen zu reden und dazu beizutragen, dass die Behandlung besser wird, leichter wird, um es den Menschen einfacher zu machen. Es ist schon schlimm genug, dass sie an dieser Krankheit leiden. So ist zumindest meine Sichtweise

Birthe Motzkus (Verband der Ersatzkassen e. V. [vdek]): Ich wollte noch einmal deutlich herausstellen, dass der Großteil der Versorgung im niedergelassenen Bereich stattfindet. Dort ist er auch gut aufgehoben.

Die niedergelassenen Ärzte, insbesondere die Hausärzte, fangen die Patienten auf, wenn sie Probleme und Symptome infolge einer Coronaerkrankung haben und einen Behandlungsbedarf sehen. Das ist die erste Anlaufstelle, und in meinen Augen sollte das auch die erste Anlaufstelle bleiben.

Die Verläufe und die Symptome sind unterschiedlich schwer. Wenn jemand – in Anführungszeichen – nur Riechstörungen hat, kann er durchaus auch im niedergelassenen Bereich behandelt werden. Das gilt auch für viele andere Erkrankungen.

Wenn es dann so problematisch wird, dass der Patient unterschiedlichste, sehr schwerwiegende Symptome hat, ist es natürlich wichtig, die Facharztschiene einzubinden.

Bei den Fällen, die wirklich schwer erkrankt sind, möchte ich nicht bestreiten, dass sie in Kompetenzzentren richtig aufgehoben sind. Aber die komplette Koordination der Versorgung der Menschen mit Long COVID kann nicht durch die Universitätskliniken und die Kompetenzzentren erfolgen. Die muss weiter im niedergelassenen Bereich erfolgen.

Anders wäre es überhaupt nicht leistbar bei 100.000 Menschen mit einem Spektrum von unzähligen Diagnosen – ich habe auch die S1-Leitlinie gesehen –, die zudem unterschiedlich schwer ausfallen. Dann macht das überhaupt keinen Sinn, aber vielleicht habe ich Ihre Intention auch falsch verstanden.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Mir fällt bei dem Riechsymptom ein Beispiel, dass wir hier hatten, ein: riechen und schmecken bei einem Koch mit Long COVID, der gleichzeitig noch ganz andere Probleme hat.

Mit Ihrem Wortbeitrag haben Sie eine Diskussion hervorgerufen, was ich sehr gut finde.

Dr. Björn Erik Ole Jensen (Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie): Natürlich wollen wir nicht alle 100.000 Menschen an der Uniklinik sehen und das auch nicht koordinieren.

Keiner will den niedergelassenen Bereich, der in der Primärversorgung unglaublich wichtig ist, in irgendeiner Weise außen vor lassen. Das ist überhaupt nicht das Ziel, und auch Professor Lehmann will das nicht.

Es geht vielmehr darum, dass uns die niedergelassenen Ärzte auch kontaktieren, weil sie manchen Menschen nichts anbieten können oder weil die Beschwerden so schwergradig sind, dass auch die Patienten selbst einen hohen Druck haben, eine Versorgungsstufe oder eine Kompetenzstufe höher zu gehen.

Wir sehen, dass die Patienten, die zu uns weitergeschickt werden, eben nicht aus diesem milden Spektrum kommen, sondern dass dies Menschen mit vergleichsweise schweren Problemen sind.

Man muss sagen, dass wir zumindest hoffen, durch die wissenschaftliche Charakterisierung dieser Menschen in der Folge Therapieverfahren, Studien zur Verfügung stehen, die dann zu einem großen Teil über universitäre Strukturen erfolgen, weil die meisten Hausärzte nicht an internationalen großen Studien beispielsweise von Medikamenten teilnehmen.

Um bei dem Krankheitsbild vorwärts zu kommen, muss man gucken, dass man bestimmte Krankheitsbilder und bestimmte Schweregrade auch an Universitäten weiter untersucht.

Prof. Dr. Tom Lüdde (Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie): Trotz alledem ist, glaube ich, auch klar geworden, dass wir über eine Krankheit reden, für die wir keine Therapie haben und über die wir nur sehr wenig wissen.

Der Wunsch der Kolleginnen und Kollegen, dass die Kompetenzzentren hier einspringen und helfen, ist extrem groß. Wir sind auch erst am Anfang einer koordinierten Versorgung. Der Run auf die Zentren ist extrem hoch.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Ich habe das auch immer nur in Verbindung mit den Hausärzten gesehen.

Es gibt keine weiteren Wortmeldungen. Dann darf ich mich bei Ihnen allen recht herzlich bedanken für die sehr intensive Diskussion. Ich darf Sie für den heutigen Tag entlassen. Wir haben immer wieder auf das Protokoll vom 24.08. zu Long COVID Bezug genommen. Bei Interesse können wir Ihnen das gerne zuschicken. Damit sind wir am Ende dieses Tagesordnungspunktes.

Sie können gerne warten, das geht jetzt so schnell, so schnell haben Sie Politiker noch nie erlebt.

3 Verschiedenes

Gibt es hierzu Wortmeldungen? – Ich habe auch nichts.

Dann sage ich nur noch, dass die nächste Sitzung am 26. Oktober stattfindet.

Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Rainer Schmeltzer
Vorsitzender

Anlage

08.11.2021/10.11.2021

10

TOP 1 – Datenlage - Krankenhausdaten / stationäre VersorgungSachverständige:

Sascha Klein
Vizepräsident
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf

Dr. Peter-Johann May
Referatsleiter Medizin
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf

Univ.-Professor Dr. med. André Karch
Leiter Klinische Epidemiologie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

TOP 2 – Datenlage - ambulante Versorgung, insb. zu Long CovidSachverständige:

Miguel Tamayo
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Düsseldorf

Dr. med. Claudia Schwenzer
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Dortmund

Birthe Motzkus
Verband der Ersatzkassen e. V.
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf

Professor Dr. Rembert Koczulla
Schön Klinik Berchtesgadener Land
Schönau am Königssee

Univ.-Professor Dr. Tom Lüdde
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie
Universitätsklinikum Düsseldorf

Dr. Björn Erik Ole Jensen
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie
Universitätsklinikum Düsseldorf



Datenlage: Ambulante Versorgung von Long-Covid Patienten

KVWL Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

Dr. med. Claudia Schwenzer MBA
Beratende Ärztin beim Vorstand

Sachverständigengespräch
Landtag Düsseldorf, 28.09.2021

Datengrundlagen

Ärzte benennen ihre Diagnosen einheitlich nach einem internationalen Kodiersystem
=> ICD-10 (in D: ICD-10 GM)

In der ambulanten Versorgung verschlüsseln Vertragsärzte verpflichtend auf
Grundlage des §295 SGB V

- auf medizinischen Dokumenten (AU-Bescheinigungen, Überweisungen)
- für Vergleichsstatistiken (Morbiditätsstatistiken, Spektrum von Diagnosen)
- für die Todesursachenstatistik
- **als Abrechnungsgrundlage gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen**

Datengrundlagen

Die ambulant kodierten Diagnosen nach ICD-10

- geben Morbidität der Versicherten wieder
- dienen als Bemessungsgrundlage für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfond an die Krankenkassen

Die **Prävalenz** = Krankheitshäufigkeit aus den ICD-10 Daten

- stellt Krankheitshäufigkeiten aufgrund von Routinestatistiken dar
- **dient (administrativ) dem Zwecke der Abrechnung und interner Vergleiche**

Beachte:

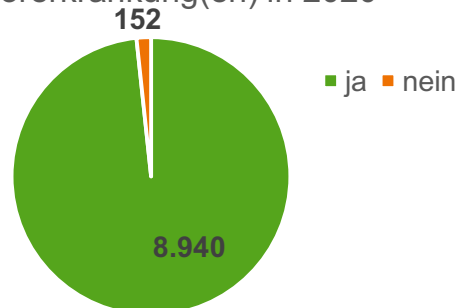
Daten zum Zwecke der Abrechnung von Leistungen (Routinestatistiken) sind in ihrer Aussagekraft anders zu bewerten als z.B. Datenerhebungen in klinischen Studien!

Daten nur von gesetzlich Versicherten, keine PP, keine Krankenhauspatienten.

ICD-Code U09.9! in Q1 2021, gültiges Alter und Geschlecht, gültiger Wohnort: N=9.092

2. (Ko-)Morbidität

Mit Vorerkrankung(en) in 2020



Mehr als 98% der Post-COVID-Patienten waren im Vorjahr 2020 in vertragsärztlicher Behandlung. Auffällig häufige Behandlungsanlässe (ohne Z-Diagnosen), wie Rückenschmerzen, Erkrankungen des Metabolischen Syndroms, Depression oder Asthma, sind in der Tabelle aufgeführt.

ICD 10-Code	Bezeichnung	Anzahl / Anteil
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nnb Lokalisationen der oberen Atemwege	4.873 54%
U07	Krankheiten unklarer Ätiologie, belegte/nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	4.806 53%
M54	Rückenschmerzen	3.893 43%
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	3.386 37%
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2.345 26%
E66	Adipositas	1.850 20%
F32	Depressive Episode	1.678 18%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1.640 18%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	1.615 18%
M47	Spondylose	1.524 17%
F45	Somatoforme Störungen	1.522 17%
J45	Asthma bronchiale	1.491 16%
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	1.453 16%
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	1.423 16%
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	1.417 16%
K29	Gastritis und Duodenitis	1.387 15%
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	1.340 15%
E03	Sonstige Hypothyreose	1.312 14%
G47	Schlafstörungen	1.250 14%
E04	Sonstige nichttoxische Struma	1.240 14%
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1.203 13%
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	1.175 13%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1.145 13%
R06	Störungen der Atmung	1.022 11%
M77	Sonstige Enthesopathien	1.019 11%
N95	Klimakterische Störungen	1.014 11%
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	996 11%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	961 11% in.

Definition Long-Covid / Post-Covid

Alle Symptome oder Symptomenkomplexe

- die über die eigentliche akute Phase der Infektion hinaus persistieren
- die neu auftreten und wahrscheinlich mit Covid-19 zusammenhängen
- die zur Verstärkung/Verschlechterung von Symptomen, die bereits vor der Infektion bestanden haben, führen

(in Anlehnung an die S1-Leitlinie Post-Covid/Long-Covid der AWMF)

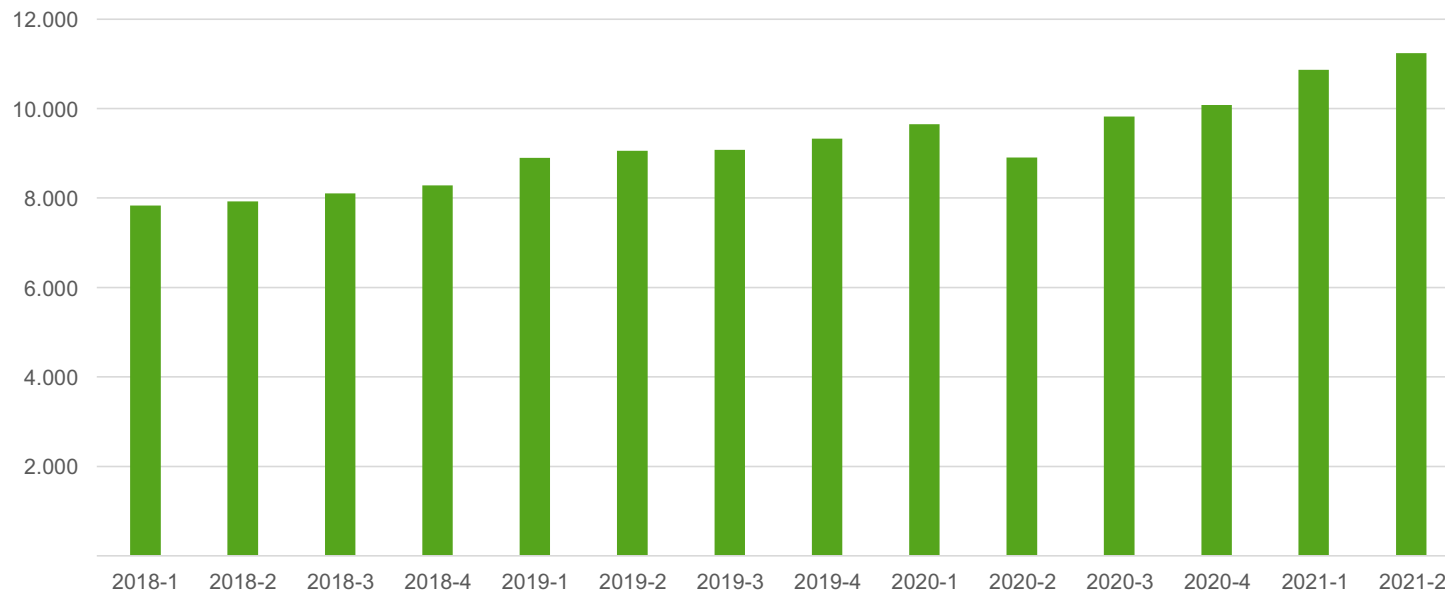


Mögliche Symptome

- Chronisches Müdigkeitssyndrom (Fatigue) => G93.3 G
- Kurzatmigkeit (Dyspnoe)
- Husten
- Kopfschmerzen
- Schlafstörungen
- Depression
-



Chronisches Müdigkeitssyndrom (G93.3)



3-Stufen Konzept zur ambulanten Versorgung



I. Hausärzte

- als primärer Anlaufpunkt
- Basisdiagnostik und Beratung/Versorgung
- enge Vernetzung zu den beteiligten Facharztgruppen für die Versorgung komplexer Long-Covid Fälle

II. Strukturiertes Facharztnetz

- Enge Vernetzung der Fachärzte untereinander und zu den Hausärzten zur zeitnahen Umsetzung von medizinischen Entwicklungen/Erfahrungen (z.B. Arztnetze in WL)

III. Long-Covid Ambulanzen an Krankenhäusern

- Zulassung von Institutsambulanzen und Anpassung bestehender Ermächtigungen

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!
