



**N i e d e r s c h r i f t**  
**über die 143. - öffentliche - Sitzung**  
**des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**  
**am 4. November 2021**  
**Hannover, Landtagsgebäude**

Tagesordnung:

Seite:

**Rehabilitationsmaßnahmen für Long-COVID-Patientinnen und -Patienten**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/9404](#)

**Anhörung**

<i>Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitationsmedizin .....</i>	5
<i>Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für medizinische Immunologie .....</i>	9
<i>Mediclin Deister Weser Kliniken .....</i>	13
<i>Initiative „Long COVID Deutschland“ .....</i>	17
<i>AOK Niedersachsen .....</i>	19
<i>Verband der Ersatzkassen - Landesvertretung Niedersachsen .....</i>	21
<i>Niedersächsische Krankenhausgesellschaft .....</i>	22
<i>Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen .....</i>	22
<i>Deutscher Hausärzteverband - Landesverband Niedersachsen .....</i>	24
<i>Ärztammer Niedersachsen .....</i>	26

**Anwesend:**

## Ausschussmitglieder:

1. Abg. Holger Ansmann (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Oliver Lottke (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
3. Abg. Hanna Naber (SPD)
4. Abg. Annette Schütze (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
5. Abg. Uwe Schwarz (SPD)
6. Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD)
7. Abg. Christoph Eilers (CDU)
8. Abg. Laura Hopmann (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
9. Abg. Burkhard Jasper (CDU)
10. Abg. Petra Joumaah (CDU)
11. Abg. Volker Meyer (CDU)
12. Abg. Gerda Hövel (i. V. d. Abg. Gudrun Pieper (CDU))
13. Abg. Volker Bajus (per Videokonferenztechnik zugeschaltet) (zeitweise vertreten durch die Abg. Meta Janssen-Kucz) (GRÜNE)
14. Abg. Susanne Victoria Schütz (FDP)

## mit beratender Stimme:

15. Abg. Stephan Bothe (fraktionslos)

## Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

## Niederschrift:

Ministerialrat Stöck,  
Gaststenografin Mennekes, Stenografischer Dienst.

**Sitzungsdauer:** 10.15 Uhr bis 12.55 Uhr.

**Außerhalb der Tagesordnung:***Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigte die Niederschriften über den öffentlichen Teil der 137. Sitzung, über die 138. Sitzung und über die 142. Sitzung.

\*\*\*



Tagesordnungspunkt 1:

## **Rehabilitationsmaßnahmen für Long-COVID-Patientinnen und -Patienten**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/9404](#)

*erste Beratung: 110. Plenarsitzung am  
09.06.2021  
AfSGuG*

*zuletzt beraten: 127. Sitzung*

### **Anhörung**

**Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner**

**Medizinische Hochschule Hannover**, Klinik für Rehabilitationsmedizin

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 10*

**Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner:** Ich darf mich zunächst kurz vorstellen: Ich bin Chefarzt und Abteilungsleiter der Klinik für Rehabilitationsmedizin an der MHH. Ich habe mich gestern noch mit Professor Welte, dem Chefarzt unserer Klinik für Pneumologie, abgesprochen, sodass ich auch seine Aspekte, zumindest teilweise, einbringen kann.

Gestatten Sie mir zunächst eine Vorbemerkung:

Was ist eigentlich Rehabilitation? - Wir kennen insofern die Heilverfahren der Rentenversicherung, der Krankenkassen und der Unfallversicherungen. Die WHO aber definiert Rehabilitation sehr viel breiter, nämlich als eine Gesundheitsstrategie - eine von vieren -, die dazu führen soll, die Teilhabe von Menschen mit chronischen Erkrankungen und mit Behinderungen wiederherzustellen bzw. zu sichern.

Insofern denken wir Rehabilitation auch schon im Akutkrankenhaus. Gerade bei den akuten COVID-Erkrankungen haben wir bereits auf den Intensivstationen einen hohen Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen. Die post-akute Rehabilitationsphase, aber dann auch die Langzeitphase müssen getrennt davon betrachtet werden.

Ich darf einleitend darstellen, wie sich das Problem aus Sicht der Kliniker darstellt.

Zu uns in die Ambulanz kommen im Prinzip drei Gruppen von Patientinnen und Patienten, die einen schweren oder auch einen leichten Verlauf der COVID-Infektion hatten und bei denen sich dann Langzeitfolgen entwickelt haben.

Die erste Gruppe sind Patientinnen und Patienten mit schweren Lungenerkrankungen, mit Störungen der Lungenstruktur. Das Lungengewebe kann durch eine COVID-Infektion extrem geschädigt werden. Deshalb kommen diese Patientinnen und Patienten auch auf die Intensivstation. Solche Lungenstörungen bilden sich fast nicht zurück. Die Patientinnen und Patienten haben erhebliche Atemprobleme und Störungen der Leistungsfähigkeit. In dieser Phase sind sie in aller Regel arbeitsunfähig. - Hier sprechen wir von Post-COVID.

Die zweite Gruppe sind Patientinnen und Patienten, die nach leichten, mittelschweren, aber auch schweren Erkrankungen ein Syndrom entwickeln, das ganz ähnlich der Cancer Fatigue ist, also der chronischen Müdigkeit bei Krebserkrankungen. - Hier sprechen wir von Long-COVID.

Wir wissen noch nicht hundertprozentig, woran das liegt. Möglicherweise sind es Reaktionen des Immunsystems, die dazu führen, dass die Patienten am Tag extrem müde sind, dass die Schlafqualität nicht ausreichend und die Leistungsfähigkeit gemindert ist. Diese Müdigkeit ist dabei nicht nur körperlicher, sondern auch mentaler und kognitiver Art. Gedächtnisfunktionen und anderes sind ebenfalls häufig gestört. Dazu kommen gelegentlich und in unterschiedlicher Ausprägung Störungen des Nervensystems, die sich in Koordinationsstörungen, Schmerzen oder auch Geruchs- und Geschmacksstörungen ausdrücken.

Die dritte Gruppe sind Patientinnen und Patienten, die eine Vorerkrankung haben, deren Symptome sich durch eine COVID-Infektion extrem verstärken. Das beinhaltet einerseits psychosoziale und andererseits körperliche Aspekte. Diese Patienten haben dann auch einen psychosomatischen Behandlungsbedarf.

In der Ambulanz der Klinik für Rehabilitationsmedizin betrachten wir die Patientinnen und Patienten speziell unter dem Aspekt der Langzeitfolgen einer COVID-Erkrankung. Wir sehen, dass etwa 50 % von ihnen seit der COVID-Infektion arbeits-

unfähig sind, und zwar langzeitarbeitsunfähig. - Bei Professor Welte in der Klinik für Pneumologie sieht es ähnlich aus.

Die Verläufe sind unter Umständen sehr lang. Die ersten COVID-Erkrankungen hatten wir vor einhalb Jahren. Wir haben unsere Patientinnen und Patienten systematisch gefragt, ob sie schon vor ihrer COVID-Erkrankung arbeitsunfähig krank waren. Das waren weniger als 5 %. Die überwiegende Anzahl ist seit der COVID-Infektion dauerhaft krankgeschrieben. - Das zeigt die Dramatik der Situation, und das hat ja auch einen starken Impact auf unser Sozialsystem.

Was sehen wir noch? - Wir sehen - und auch insofern bin Ihnen sehr dankbar für Ihren Entschließungsantrag -, dass sich viele Patientinnen und Patienten in der Fläche nicht ausreichend versorgt fühlen.

Es gibt immer noch Defizite in der Vorbereitung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Die muss es auch geben, eben weil es ein ganz neues Krankheitsbild ist. Das können wir nicht einfach routiniert abarbeiten, sondern da brauchen wir noch weitere Forschung.

Gleiches gilt für den therapeutischen Bereich. Wir bekommen häufig Anrufe von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die gar nicht wissen, was sie mit ihren Patientinnen und Patienten machen sollen, weil sie auf diese Situation nicht vorbereitet sind.

Eine erkleckliche Anzahl unserer Patientinnen und Patienten hat eine stationäre Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik beantragt. Aber wir beobachten auch erhebliche Wartezeiten - die im Extremfall ein halbes Jahr betragen können, weil die Kapazitäten in darauf spezialisierten Rehabilitationskliniken zu gering sind.

Es ist klar, dass die erste von mir genannte Gruppe, die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit schweren Lungenerkrankungen, in spezialisierte pneumologische Rehabilitationskliniken gehört.

Aber die Patientinnen und Patienten der anderen von mir genannten Gruppen, die mit den multiplen Syndromen, brauchen eine multiprofessionelle Behandlung. Bei ihnen muss nicht nur die Lunge behandelt werden, sondern die gesamte Person, die vegetativen Störungen müssen ebenso in den Blick genommen werden wie die psychosozialen Aspekte, bis hin zur Psychosomatik. In diesem

Bereich brauchen wir eine etwas andere Rehabilitationsform, und zwar ähnlich der bei chronischen Schmerzerkrankungen. Diese Strukturen existieren noch nicht in ausreichendem Maße.

Aber was ich noch viel dramatischer finde, sind die Strukturen im ambulanten Bereich:

Auf der einen Seite haben bis jetzt vielfach keine ausreichenden Fort- und Weiterbildungen zu dem Thema stattgefunden.

Auf der anderen Seite brauchen diese Patientinnen und Patienten sehr viel Zeit im ärztlichen Kontakt. Professor Welte hat mir gesagt, dass die Patientinnen und Patienten zum Teil drei bis vier Stunden in seiner Ambulanz sind. In meiner Ambulanz sind es zwei bis drei Stunden. Diese Kapazität an ärztlicher Versorgung ist durch die jetzigen Pauschalen nicht abgedeckt, dafür sind sie einfach nicht gemacht. Darüber muss man sprechen.

Was ist aus meiner Sicht notwendig? Was müsste diskutiert werden? - Das ist im Entschließungsantrag schon angedeutet bzw. genannt worden.

Wir brauchen unbedingt Kompetenzzentren, die sich auf diese Gruppen von Patientinnen und Patienten einstellen. Das muss einerseits aus der pneumologischen Sicht erfolgen, andererseits aber auch aus der rehabilitationsmedizinischen Sicht. Wir müssen für diese Patientinnen und Patienten einen Plan machen, welche Rehabilitationsmaßnahmen für die individuelle Situation adäquat sind, was dort passieren muss und was dort koordiniert werden muss.

Es geht nicht nur darum, eine Reha-Klinik auszusuchen, sondern darum, die Patientinnen und Patienten langfristig zu betreuen - weil die Störungen auch nach der Reha weiterbestehen; die Sache ist damit nicht erledigt, wenn ich es einmal so salopp sagen darf. Wir brauchen also im ambulanten Bereich Strukturen, die diese Patientinnen und Patienten auffangen können.

Notwendig ist einerseits die Diagnostik. Sie muss aus meiner Sicht in den spezialisierten Zentren stattfinden. Ich könnte mir vorstellen, dass man an der UMG, bei uns an der MHH oder vielleicht auch an anderen Stellen solche multiprofessionellen Ambulanzen ausreichend finanziert aufbaut.

Andererseits brauchen wir Netzwerke, mit denen wir in der ambulanten Versorgung helfen können. Es ist nicht zu erwarten, dass jede niedergelas-

sene Ärztin und jeder niedergelassene Arzt eine Long-COVID-Spezialistin oder ein Long-COVID-Spezialist wird. Aber wir können über Netzwerke arbeiten und z. B. Videokonferenzen systematisch aufbauen. In Sachen Digitalisierung haben wir noch große Defizite. Das hängt immer wieder auch mit der Finanzierung und mit den Zeitbudgets der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zusammen. - In der Langzeitbetreuung gibt es also eine ganze Reihe von Problemen.

COVID zeigt die Schwächen in unserem Gesundheits- und Rehabilitationssystem wie unter einem Brennglas auf.

Ich verweise auf die Problematik der Schnittstellen zwischen den Finanzierungszuständigkeiten von Rentenversicherung, Krankenversicherung und Unfallversicherung. - Es stellt sich ja auch die Frage, wie viele Menschen sich in ihrem Beruf angesteckt haben. Wir haben dazu einmal eine berufsspezifische Auswertung gemacht, und das Ergebnis ist ganz interessant: Betroffen sind meist Menschen aus dem Gesundheitswesen und dem Servicebereich, andere Berufe sind sehr viel seltener vertreten.

Wir brauchen eine Struktur für die Langzeitversorgung. Ich halte eine zentrale Netzwerkstruktur für adäquat, über die man den Rehabilitationsplan erstellen und mit Kolleginnen und Kollegen in der Fläche, einschließlich der therapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, nachverfolgen kann.

Wir brauchen weitere Forschung im Bereich der sozialen Integration, aber auch im Bereich der Mechanismen. Die Mechanismen, die wir hier sehen, sind bei Weitem noch nicht komplett aufgeklärt, gerade was das Mischbild mit den drei klinisch identifizierbaren Gruppen angeht. Als Mechanismus reicht es nicht unbedingt, eine erfolgreiche Reha zu machen. Da müssen wir sehr pragmatisch sein.

Wir brauchen auch verstärkte Fortbildungsstrukturen. All dies hängt mit den Kapazitäten zusammen.

Gestatten Sie mir zum Schluss folgenden Appell: Ich glaube nicht, dass wir noch allzu lange diskutieren müssen, bevor wir handeln können, auch wenn das, was getan wird, weiterentwickelt und an die Situation adaptiert werden muss. Die Patientinnen und Patienten stehen vor der Tür. Wir haben zunehmend Wartelisten. Die Patientinnen

und Patienten sind extrem eingeschränkt und langfristig arbeitsunfähig.

Sich mit diesen Patientinnen und Patienten zu befassen, ist genauso wichtig, wie sich mit denen zu befassen, die auf den Intensivstationen liegen - und auch diese brauchen dann natürlich die Reha.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Ich habe zunächst eine fachliche Bitte. Sie haben zu Beginn Ihrer Ausführungen eine Systematisierung der Patientinnen und Patienten in drei Gruppen vorgenommen. Da ich das so nicht in Ihrem Statement finde: Könnten Sie das im Nachhinein noch einmal schriftlich zusammenfassen und uns zuschicken?

**Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner**: Das will ich sehr gerne tun, wobei ich natürlich sagen muss, dass sich die Erkenntnislage auch bei uns immer weiterentwickelt.

Wir haben die Fragebögen noch einmal ausgewertet, und auch meine Diskussion mit Professor Welte hat zu dieser Klarheit geführt. Es ist, meine ich, noch nicht in der Weise publiziert, aber es ist so evident, welche Gruppen von Patientinnen und Patienten wir vor uns sehen, dass man das heute schon sagen kann. Die Forschung wird es noch weiter aufklären. Und für das Handeln im Moment halte ich diese Evidenz aus der Erfahrung mit vielen Hundert Patienten, die wir gesehen haben, bereits für ausreichend.

Ich werde das gerne noch einmal schriftlich niederlegen.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Das würde uns helfen, weil die meisten von uns ja nicht aus dem ärztlichen Bereich kommen. So können wir präzise unterscheiden, welche Patientengruppe welche Maßnahmen braucht, und Begriffe wie Long-COVID, Post-COVID und andere gehen nicht durcheinander. Man muss schon präzise sein, wenn man gute Angebote machen möchte.

**Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner**: Ganz genau. Wichtig ist auch, dass diese Differenzierung in einer guten Diagnostik erfolgt. Das kann man nicht machen, bevor man die Patientin oder den Patienten gesehen hat. Dafür brauchen wir die ärztliche Schnittstelle.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Unter Nr. 1 unseres Antrags fordern wir die Landesregierung auf, sich für die Schaffung und adäquate Ausstattung in-

terdisziplinärer Angebote zur Diagnostik sowie für Rehabilitationsangebote durch multiprofessionelle Teams einzusetzen. Reden wir da über Learning by Doing? Wie ist denn der aktuelle Kenntnisstand?

Long-COVID ist ja eine relativ neue Krankheit. Sie war eine kurze Zeit lang medial sehr stark vertreten, aber jetzt flacht das wieder ab, und man hört eigentlich mehr von Einzelfällen, die dann aber immer sehr dramatisch sind.

Also: Wo stehen wir gerade in der Medizin und in der Wissenschaft? Wie wird das zusammengeführt? Wo ist der Handlungsbedarf am dringendsten?

Reden wir im Reha-Bereich über so etwas wie eine Anschlussheilbehandlung, dass also direkt nach der Akutphase etwas passiert, oder reden wir über eine Wiederholungsrehabilitation analog zur Onkologie?

Wie ist es mit den Fachkräften? Sie haben zu Beginn ausgeführt, dass die pneumologischen Bereiche im Vordergrund stehen. Wir hatten seinerzeit eine relativ gute Struktur, was Lungenerkrankungen betraf, Stichwort Tuberkulose. Als man die Krankheit hinter sich hatte, wurde das weitgehend zurückgeführt. Brauchen wir in diesem Fachbereich eine Renaissance? Wäre das quantitativ und qualitativ überhaupt zu leisten?

Wie sieht es mit der ärztlichen Fort- und Weiterbildung aus?

**Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner:** Was das Spektrum und die Intensität des Problems angeht: Wir haben dazu eine Befragung durchgeführt - in Bayern; das hat sich so ergeben -, und zwar unter Patientinnen und Patienten mit leichten und mit mittelschweren Verläufen. Die haben auch bis zu 30 % Symptome, aber eben geringerer Art. Sie sind häufig noch arbeitsfähig, aber die Arbeitsfähigkeit ist erschwert. Wer vermehrt müde ist, der kann seine Arbeit nur mit erhöhtem Aufwand erledigen.

Das Spektrum ist sehr breit und reicht von leichten Syndromen bis hin zu schwersten Erkrankungen, bei denen die Leute bettlägerig sind, quasi nicht mehr aus dem Haus gehen können, weil ihre Leistungsfähigkeit so stark gemindert ist. Wegen dieser extremen Breite können wir nicht von einer homogenen Gruppe sprechen, und das macht es natürlich schwierig.

Was die Versorgungsformen angeht: Die Anschlussheilbehandlung ist für die Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus gelegen haben, das Nonplusultra. Das muss sein, und zwar schnittstellenfrei, und das muss sofort losgehen. Wenn die Patientinnen und Patienten erst einmal 14 Tage in der Kurzzeitpflege sind, dann verlieren sie an Funktionsfähigkeit - und wir verlieren ein Window of Opportunity, in dem wir sie behandeln können.

Aber was passiert nun, wenn jemand aus der Anschlussheilbehandlung kommt oder nicht so schwer krank war? Dann geht es in die ambulante Versorgung. Deshalb brauchen wir in der ambulanten Versorgung einen rehabilitativen Anteil. Es macht keinen Sinn, zwischen der Reha und einer davon unabhängigen ambulanten Versorgung zu trennen. Auch die ambulante Versorgung hat rehabilitative Aufgaben. Das sieht die WHO übrigens genauso.

Unser Problem ist, dass das gesteuert werden muss. Das heißt, wir müssen aufpassen, dass wir nicht eine Überversorgung von Menschen bekommen, die das vielleicht gar nicht in dem Maße brauchen. Die Gefahr der Unterversorgung ist allerdings genauso groß, im Moment vielleicht sogar noch größer.

Was den wissenschaftlichen Hintergrund angeht: Es gibt ein Forschungsnetzwerk der Universitätsklinik, an dem auch die MHH beteiligt ist. Wir haben es geschafft, dort rehabilitative Aspekte hineinzubringen. Das war nicht ganz einfach.

Es wird eine große Kohorte von Patientinnen und Patienten, die in den Universitätsklinik, gesammelt. Das ist eine riesige Datenbank. Dort sind einige wenige Aspekte der Reha hineingekommen, die wir abgefragt haben, sodass wir vor allem in Bezug auf den Mechanismus weitere Erkenntnisse erwarten. So können wir z. B. sehen, dass eine bestimmte Phase der Erkrankung selbst später zu diesen Folgen führt.

Zur Erinnerung: Wir haben hier zwei Phasen. Die erste Phase ist die Lungenerkrankung mit den Atemstörungen. Die zweite Phase ist die Immunreaktion - der sogenannte Immune Storm, wie es in der Literatur heißt -, die zu den überschießenden Reaktionen führt und tatsächlich häufig tödlich verläuft. Die Immunreaktion ist vermutlich auch für die Langzeiterkrankung verantwortlich. Richtig valide Studien dazu haben wir allerdings noch nicht.

Dort gibt es also einen Zusammenhang. Die Daten werden zusammengeführt. Da wir noch nicht absehen können, wie es mit den Langzeitfolgen ist, machen wir manches im Moment nicht so, wie es sonst aufgrund einer Evidenz im Sinne einer kontrollierten Studie üblich ist. Aber wir haben wissenschaftliche Erkenntnisse aus vergleichbaren Erkrankungen, z. B. aus Krebserkrankungen. Cancer-related Fatigue ist klinisch wahrscheinlich ein bisschen anders zu sehen, aber vieles von der Behandlung können wir übernehmen.

Wir verfolgen hier also einen auf wissenschaftlicher Erkenntnis basierenden pragmatischen Ansatz.

Was die Fort- und Weiterbildung angeht: Es gibt einzelne Maßnahmen, aber man kann nicht sagen, dass die niedergelassenen und auch die therapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen systematisch fort- und weitergebildet würden. Meines Erachtens müssen wir hier interdisziplinär oder multiprofessionell denken. Denn sie sind häufig diejenigen, die zweimal wöchentlich mit den Patientinnen und Patienten zusammen sind und unter Umständen in eine gewisse Ratlosigkeit kommen. Ein solches multiprofessionelles Fortbildungskonzept ist mir bisher nicht bekannt. Aber vielleicht kann Frau Dr. Wenker als der Präsidentin der Ärztekammer nachher noch etwas dazu sagen.

### **Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen**

**Charité - Universitätsmedizin Berlin**, Institut für Medizinische Immunologie

(per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 15 und Nachtrag (Präsentationsfolien)*

**Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen:** Zunächst kurz zu meiner Person: Ich bin an der Charité als Hämatonkologin und klinische Immunologin vor allem mit der Versorgung von Immundefektpatienten betraut. Wir haben aber auch schon seit vielen Jahren eine Sprechstunde für das postinfektiöse Chronische Fatigue-Syndrom und betreuen diese Patienten interdisziplinär im Rahmen des Charité Fatigue Centrums. Im letzten Sommer haben wir eine Sprechstunde für Patienten mit Long-COVID eingerichtet.

Wir alle kennen die Situation: Viele Patienten, darunter auch viele junge Menschen, haben jenseits von vier Wochen nach der COVID-Infektion anhaltende Symptome.

Wir haben insbesondere Erfahrungen mit jüngeren Patienten nach milden, moderaten COVID-Verläufen, die anfangs gar nicht so krank waren, meistens keine Lungenentzündung hatten, nicht im Krankenhaus lagen. Mehr als 200 von ihnen haben wir inzwischen bei uns in der Immundefekt-Ambulanz gesehen.

Wir kennen auch die schweren Verläufe, gerade bei älteren und vorerkrankten Patienten, von denen viele intensiv behandelt werden müssen.

All diese Patienten werden unter Long-COVID geführt, aber wir haben es wahrscheinlich mit unterschiedlichen Erkrankungen und Krankheitsmechanismen zu tun.

Bei den schwer Erkrankten sind dies oft schwere mentale Veränderungen, Lungenschäden und Autoimmunerkrankungen. Außerdem wissen wir, dass infolge der Intensivbehandlung und Beatmung häufig Therapiefolgen auftreten: das sogenannte Post Intensive Care Syndrom.

Dann haben wir eine Gruppe von Patienten, die gut definierte Erkrankungen entwickeln: interstitielle Lungenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Angststörungen und Depressionen.

Bei den jüngeren Patienten wissen wir inzwischen, dass etwa 10 bis 20 % anhaltende Symptome über die Zeit von vier Wochen hinaus haben. An erster Stelle wird hier fast immer die Fatigue genannt, außerdem Atembeschwerden, kognitive Störungen, eine Belastungsintoleranz.

Es gibt inzwischen eine Definition der WHO, um die Vielzahl der Beschwerden besser erfassen und in eine Systematik bringen zu können. Danach reden wir vom Post-COVID-Syndrom, wenn die Patienten anhaltend diese und weitere Symptome haben, die den Alltag relevant erschweren. Wir wissen inzwischen, dass ein Teil der Patienten das Vollbild von ME/CFS erfüllt. Unter Long-COVID wird noch das erfasst, was man am besten als Lockdown-Folgen beschreibt, also psychosomatische Erkrankungen, mentale Erkrankungen, bei denen wir zum Teil nicht gut abgrenzen können, was Virusfolge und was Pandemiefolge ist.

Ich komme zu der schwersten Form von Long-COVID, dem Chronischen Fatigue-Syndrom oder ME/CFS, wie es international bezeichnet wird.

Man kennt ME/CFS schon lange als neurologische Erkrankung, und sie ist auch so in die ICD eingeordnet. Es ist eine schwere komplexe, meistens chronische Erkrankung, die auch vor COVID bereits relativ häufig aufgetreten ist, insbesondere nach EBV und nach einer Grippe. Internationale Studien beschreiben eine Prävalenz von 0,3 bis 0,8 % - vor COVID. Für Deutschland waren das etwa 250 000 chronisch Erkrankte, darunter etwa 40 000 bis 50 000 unter 18-Jährige. Es sind doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen.

Ein Hauptsymptom ist neben der schweren Fatigue, die immer auch körperlich ist, eine Belastungsintoleranz mit postexertioneller Malaise. Das heißt, wenn sich die Patienten leicht belasten, kommt es zu einer Zunahme der Beschwerden, mindestens bis zum nächsten Tag anhaltend. Das ist das, was die Patienten am meisten im Alltag beeinträchtigt. Sie haben aber immer auch schwere kognitive Symptome und Schmerzen, sie können viele weitere Symptome haben.

Das große Problem bei dieser Erkrankung ist, dass sie jahrzehntelang falsch eingeordnet wurde, nämlich im Sinne einer psychosomatischen Erkrankung oder eines Burn-outs. Das hat dazu geführt, dass der Mechanismus dieser Erkrankung bislang nicht gut erforscht ist. Daher haben wir keine Behandlung, die ursächlich ansetzt und die Erkrankung heilen kann.

Wir haben in unserer Post-COVID-Sprechstunde gesehen, dass etwa die Hälfte der Patienten, die wir zu uns eingeladen hatten - das waren die jüngeren Patienten, die alle schon über Fatigue und die Belastungsintoleranz berichtet haben -, das Vollbild von ME/CFS erfüllen, dass etwa die Hälfte der Patienten nicht arbeitsfähig war. Es waren jüngere Patienten und doppelt so viele Frauen wie Männer, so wie wir es auch nach anderen Infektionen sehen.

Inzwischen gibt es erste große Kohortenstudien, die zeigen, dass die Inzidenzrate derer, die an COVID erkrankt sind, verglichen mit Menschen, die nicht an COVID erkrankt sind, etwa zwei- bis dreifach erhöht ist. Das ist wahrscheinlich deutlich zu niedrig gegriffen, was damit zu tun hat, dass viele Ärzte diese Erkrankung gar nicht diagnostizieren.

Falls Sie das Thema weiter vertiefen möchten: In der Arte-Mediathek finden Sie gerade eine Wissenschaftsdokumentation über dieses Krankheitsbild mit dem Titel „Die rätselhafte Krankheit - Leben mit ME/CFS“.

Nun zur Versorgungssituation. Wir haben das europäische Netzwerk EUROMENE, von der EU gefördert, in dem wir viele Daten zu der Erkrankung und der Versorgungssituation in Deutschland erfasst haben. Hier nur ein Satz als Resümee aus einer großen Untersuchung, der europaweit gilt:

„Mangelndes Wissen und fehlendes Verständnis für ME/CFS ist unter Hausärzten weit verbreitet, und die daraus resultierende Verzögerung bei der Diagnose ist ein Risikofaktor für eine schwere und langwierige Erkrankung.“

Eine Studie, die Frau Dr. Froehlich in Deutschland ganz aktuell erhoben hat, zeigt:

„Nur 24 % der Patienten in Betreuung bei Ärzten mit Erfahrung mit ME/CFS.“

Welche Möglichkeiten haben wir im Moment, Post-COVID- und Long-COVID-Patienten zu versorgen? - Es gibt aktuell die S1-Leitlinie, die sehr schön zur interdisziplinären Diagnostik, zur symptomorientierten Therapie und zu Reha-Konzepten ausführt. Auf diese ärztliche Leitlinie stützt sich die vor kurzem veröffentlichte Leitlinie „Long-/Post-COVID-Syndrom“ für Betroffene, Angehörige, nahestehende und pflegende Personen.

An dieser Stelle möchte ich Ihnen das Versorgungskonzept vorstellen, das wir in Berlin gerade umzusetzen versuchen: das Konzept „Long COVID-19 Netzwerk Berlin“.

Wir gehen davon aus, dass wir in Berlin inzwischen etwa 50 000 Patienten haben, die an Long-COVID erkrankt sind: in der Mehrzahl stationär, aber wir haben auch ambulant behandelte Patienten. Viele dieser Patienten sind bislang nicht gut versorgt.

Wir empfehlen, dass diese Patienten, wenn sie vier Wochen nach COVID noch krank sind, zunächst bei ihren Hausärzten oder Primärärzten vorstellig werden. Diese entscheiden dann, welche dieser Fälle weiter abgeklärt werden müssen - und das in Long-COVID-Schwerpunktpraxen. Es ist sehr wichtig, dass hier viele unterschiedliche Disziplinen eingebunden werden, eben weil die Symptome so vielfältig sind. Bei diesen Fachärzten liegt dann die Entscheidung, welche Patienten

in Long-COVID-Spezialambulanzen weiterbetreut werden müssen - wie wir sie auch an der Charité eingerichtet haben - und welche Patienten rehabilitationsbedürftig sind.

Zum Stichwort Rehabilitation möchte ich noch einmal betonen, was Professor Gutenbrunner schon sagte: Rehabilitation heißt nicht immer nur stationär. Auch wir an der Charité haben über Frau Dr. Reißhauer, die ein Konzept für die Versorgung der Patienten entwickelt hat, ein ambulantes Rehabilitationsangebot.

Ganz wesentlich ist, dass wir uns in dem Netzwerk zu regelmäßigen Fortbildungen und zu einer Informationsplattform zusammenschließen.

Zentral ist weiterhin die Erforschung der Erkrankung bzw. der verschiedenen Erkrankungen und Mechanismen. Das ist die Voraussetzung dafür, dass gezielt Medikamente entwickelt werden können.

Schließlich brauchen wir ganz dringend klinische Studien. Viele der jungen Patienten sind schwer krank, und je früher wir mit einer symptomorientierten Behandlung, aber auch mit einer gezielten kurativen Behandlung ansetzen, umso größer sind die Erfolgsaussichten.

Es gibt schon gut etablierte Rehabilitationen für Patienten, die auf der Intensivstation lagen. Ich nenne nur Frau Dr. Frommhold, die sich, als Erste, in der Median-Klinik in Heiligendamm dieser Patienten angenommen hat und inzwischen zeigen kann, dass die pulmonale Rehabilitation gute Erfolge zeigt.

Die große Herausforderung ist die Rehabilitation jüngerer Patienten mit Post-COVID-Syndrom. Diese haben andere Anforderungen, insbesondere diejenigen, die das Krankheitsbild ME/CFS mit der schweren Belastungsintoleranz entwickeln. Bei ihnen funktioniert das Konzept, in der Rehabilitation die körperliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen, nicht. Für sie brauchen wir spezielle Reha-Konzepte.

Zunächst geht es darum, dass die Patienten vertiefende Informationen über ihre Erkrankung erhalten und dass sie Techniken erlernen, damit umzugehen. Wichtig ist hier insbesondere das Aktivitätsmanagement, das sogenannte Pacing. Die Patienten sollen sich nicht überlasten, aber sie sollen auch nicht in der Immobilität verbleiben.

Ferner geht es um das Erlernen von Atmungs- und Entspannungstechniken. Eine gestörte Atmung ist nicht nur bei Patienten mit Pneumonie, sondern auch bei Patienten mit mildereren Verläufen mehrfach nachgewiesen worden.

Wichtig ist die symptomorientierte Behandlung. Die Patienten haben oft Schmerzen, Kreislaufstörungen, Schlafstörungen. Man muss ihnen helfen, sekundäre soziale und emotionale Probleme zu managen. Bei den jüngeren Patienten ist es zentral, zu überlegen, ob eine Anpassung des Arbeitsplatzes notwendig sein könnte.

Die Charité hat eine Förderung des Innovationsfonds für eine neue Versorgungsform bekommen, die die Rehabilitation von Menschen, die an ME/CFS erkrankt sind, einschließt. Leider steht diese momentan nur Versicherten der Betriebskrankenkassen offen. Aber die Studie können wir auch über die Grenzen von Berlin hinaus anbieten.

Wo wird es hingehen? Wo muss es hingehen? - Wir müssen die Mechanismen der Erkrankung verstehen. Studien dazu gibt es eine ganze Reihe.

Es gab sehr viel Forschung in den letzten zwölf Monaten, die gezeigt hat, dass COVID, wie Professor Gutenbrunner schon sagte, eine Erkrankung ist, die das Immunsystem maximal hochfährt und dann anhaltend zu Immundefunktionsstörungen, niederschweligen Entzündungen, Autoimmunität führen kann.

Das andere große Problem bei COVID ist, dass das Virus auch Gefäße infizieren kann - die dann schlecht wieder heilen. So sehen wir anhaltende Gefäßfunktionsstörungen mit Minderdurchblutung, auch mit erhöhter Aktivität des Gerinnungssystems, mit kleinen Thromben.

Das sind zwei zentrale Probleme, die wahrscheinlich zu Post-COVID-Syndromen führen.

Es ist schon eine Reihe von Therapiestudien initiiert worden. Das sind internationale Studien, die überwiegend in Großbritannien laufen.

Es gibt auch Fallberichte aus Deutschland zu H.E.L.P.-Apheresen, Aptameren. Das mag ein sinnvoller Ansatz sein, aber um das wirklich zu lernen, muss man klinische Studien durchführen.

Aus den Daten, die zu den Impfungen vorliegen, lässt sich inzwischen erkennen, dass Impfungen bei einem kleinen Teil der an Long-COVID Erkrankten eine Besserung bringen, aber nicht für die Mehrheit. Aber da sich sowieso alle impfen lassen müssen, auch nach einer COVID-Erkrankung, kann man das pragmatisch angehen.

Abschließend möchte ich Sie auf die Internetseite des Charité Fatigue Centrums verweisen, über die wir digitale Fortbildungen sowie Informationen für Erkrankte und Ärzte anbieten.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Sie haben bei der Vorstellung Ihres Konzepts „Long COVID-19 Netzwerk Berlin“ ausgeführt, dass die Ersteinschätzung über die Hausärzte bzw. Primärärzte laufen soll. Nun hat Professor Gutenbrunner vorhin gesagt, dass bei den Fortbildungen in diesem Bereich zurzeit durchaus noch Handlungsbedarf besteht - ich drücke es einmal so aus, aber will das nicht als Vorwurf verstanden wissen. Glauben Sie vor dem Hintergrund, dass Ihr Konzept funktioniert, dass also die Hausärzte bzw. Primärärzte die Patienten zu der richtigen Diagnostik weiterleiten?

**Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen**: Das ist ja erst einmal ein Konzept, und wir sind gerade dabei, es zu entwickeln. Mit der KV sind wir schon in eine erste Fortbildungsrunde gestartet. Das Interesse war auch sehr groß.

Warum Hausärzte? - Weil viele Patienten nach vier Wochen noch anhaltende Symptome haben. Natürlich sind nicht alle schwer krank. Ich halte es für wichtig, dass man sich die Patienten zu diesem Zeitpunkt klinisch anschaut und auch ein grundlegendes Labor macht. Und dann entscheidet man, welcher Patient weitergehende Untersuchungen braucht.

Wir nutzen also die normale Filterfunktion der Hausärzte, um den vielen Patienten gerecht zu werden. Ich glaube, an der Stelle kann man auch viele Patienten schon beruhigen. Aber man kann eben auch schon sehr früh diejenigen Patienten erkennen, die wahrscheinlich eine intensivere Betreuung brauchen.

Ganz wichtig sind die Long-COVID-Schwerpunktpraxen, die wir uns wünschen. Wir haben sie noch nicht in dem Ausmaß, das wir brauchen, aber da sind wir dran. Wir haben gerade eine Umfrage gestartet, wer in Berlin sich dieser Patienten annehmen möchte. Ob das schon reicht, weiß ich

nicht. Sehr wahrscheinlich brauchen wir auch finanzielle Anreize. Professor Gutenbrunner sagte es bereits: Es ist zeitlich sehr aufwendig, bei diesen Patienten die vielen Symptome und ihre Ausprägungen zu erfassen. Da werden wir sicherlich Unterstützung in den Spezialambulanzen brauchen.

Die Fortbildungsangebote werden sehr gut angenommen. Wir haben letzte Woche wieder eine digitale Fortbildung durchgeführt, und bei 1 000 Anmeldungen müssen wir dann immer wieder aufhören. Man kann solche Fortbildungen relativ häufig machen - und das muss man auch, weil sich das Wissen im Monatsrhythmus ändert. Ich sehe auf allen Seiten eine große Bereitschaft. Das werden wir umgesetzt bekommen.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Ich habe noch eine Frage zu der prozentualen Aufteilung bei den Langzeiterkrankungen. Kann man das genau unterscheiden und sagen, dass etwa 50 % der Patienten eine Lungenerkrankung haben und 50 % eine Fatigue?

**Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen**: Viele unserer Patienten haben eine Vielzahl von Symptomen, und das macht es so herausfordernd. Jemand, der eine Lungenerkrankung hat, hat typischerweise auch eine Fatigue, ist also erschöpft und nicht mehr so leistungsfähig. Die Fatigue ist ein schwieriges Syndrom, weil sie so unspezifisch ist, weil vieles dahinterstecken kann. Das macht die Differenzialdiagnostik so wichtig.

Wir haben auch Patienten, bei denen wir am Ende eine klare Diagnose stellen können, z. B. eine Interstitielle Lungenerkrankung. Dann gibt es klare Konzepte, wie wir diese Patienten behandeln.

Die Mehrheit der jüngeren Patienten hat bislang überwiegend funktionelle Erkrankungen. Bei ihnen finden wir nicht viel, wenn wir das Herz oder die Lunge untersuchen, aber sie sind oft sehr krank, und ein Teil hat das Vollbild des Chronischen Fatigue-Syndroms.

Andere Patienten können wir diagnostisch bislang gar nicht richtig einordnen, und sie sind in sich genommen auch wieder unterschiedlich. Der eine Patient hat Fatigue mit Kopfschmerzen und kognitiven Einschränkungen, der andere Patient hat Fatigue mit Kreislaufbeschwerden und Fieberschüben. Es ist wirklich ein Strauß an unterschiedlichen Erkrankungen, und das ist die große Herausforderung.

Etwas Vergleichbares hatten wir in der Medizin bislang nicht. Das hat wahrscheinlich damit zu tun, dass dieses Virus neu ist - unser Körper ist sehr lange damit beschäftigt, deswegen kommt das Immunsystem so stark durcheinander -, und es kann viele unterschiedliche Organe und Strukturen infizieren. Das führt dazu, dass wir in der Folge eine Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen sehen.

**Abg. Meta Janssen-Kucz (GRÜNE):** Sie haben deutlich gemacht, wie zeitintensiv die Betreuung, die Begleitung der Patienten ist. Damit ist sie letztendlich auch sehr personalintensiv. Aber das bildet sich in den Vergütungsstrukturen usw. aktuell nicht ab. Meinen Sie dennoch, dass bei einer ausreichenden Zahl von Hausärzten die Bereitschaft besteht, bei der Ersteinschätzung einzusteigen?

Nach meinem Eindruck stehen wir unter einem immensen Zeitdruck, weil - und da nehme ich auch uns in die Verantwortung - beim Chronischen Fatigue-Syndrom nicht ausreichend und nicht schnell genug gehandelt worden ist. Viele wissenschaftliche Grundlagen fehlen uns noch immer - und jetzt werden die Patienten nicht weniger, sondern mehr.

**Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen:** Sie sprechen einen ganz wichtigen Punkt an. Bislang sind viele Patienten nicht gut versorgt, und das Problem ist, dass wir nicht so leicht zusätzliche Ressourcen aufmachen können.

Die medizinischen Strukturen sind seit anderthalb Jahren insgesamt auf mehreren Ebenen im Ausnahmezustand, und jetzt kommen auch wieder die Impfpatienten auf uns zu. Wir müssen einfach gucken, was wir im Moment umsetzen können und was vielleicht auch nicht so viel Zeit bindet.

Die Fortbildungen sind erfreulicherweise weitgehend kostenlos. Mit unseren digitalen Möglichkeiten können wir auch viel mehr Patienten erreichen. Es gibt z. B. schon digitale Programme zur Erlernung von Atemtechniken. Unsere Rehabilitationsärzte bereiten gerade entsprechende Schulungen vor.

Natürlich ist das alles zeitintensiv und muss entsprechend vergütet werden. Wenn die Hausärzte schon so viele Überstunden leisten, muss sich das zumindest in einer gewissen Zusatzvergütung widerspiegeln. Auch die teure Diagnostik - MRT, Lungenfunktionsdiagnostik - muss irgendwo ab-

gebildet werden, ebenso wie die Spezialambulanzen an den Universitätsklinika. Normalerweise sind wir in unserem Budget sehr beschränkt. Wir versuchen gerade, eine Zusatzpauschale für das Post-COVID-Syndrom zu bekommen.

Es ist also in jeder Hinsicht eine große Anstrengung erforderlich. Aber das alles ist wichtig, weil wir es uns nicht leisten können, dass so viele junge Patienten dauerhaft chronisch krank sind. - Das gilt genauso für die Patienten mit ME/CFS.

Aber man muss die Kosten für die Diagnostik und Versorgung gegen die Kosten aufwiegen, die dadurch entstehen, dass so viele junge Menschen krank sind und im Arbeitsleben fehlen. EUROMENE hat das einmal berechnet. Es hätte einen enormen Input, wenn wir diese Patienten besser versorgen und die Erkrankung vielleicht auch heilen könnten.

Diese Möglichkeiten hätten wir gerade in Deutschland, weil es hier eine große pharmazeutische Industrie gibt. Wir haben auch Medikamente, zu denen schon Daten vorliegen und bei denen es sinnvoll wäre, sie in klinischen Studien weiterzuentwickeln. Aber die pharmazeutische Industrie ist nun einmal sehr konservativ. Ihr fehlt bei diesem Krankheitsbild quasi eine ausreichende Datenlage. Und dann sind doch wiederum die öffentlichen Geldgeber gefragt, mehr in die Forschung zu investieren.

Wenn wir Konzepte entwickeln, klinische Studien durchführen und dann Medikamente zulassen, können wir einerseits Patienten heilen und auf der anderen Seite damit Geld verdienen. Damit hätten sich die Investitionen in jeder Hinsicht gelohnt.

## **Mediclin Kliniken**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 13*

### **Anwesend:**

- **Dr. Sigrid Krause**, Mediclin Deister Weser Kliniken in Bad Münder

### **Per Videokonferenztechnik zugeschaltet:**

- **Dr. Bernd Mössinger**, Mediclin Albert Schweitzer Klinik / Baar Klinik in Königfeld

**Dr. Sigrid Krause:** Ich darf uns zunächst kurz vorstellen: Der Mediclin-Konzern ist der zweitgrößte Anbieter von Rehabilitationsleistungen in Deutschland. Ich selbst bin seit zehn Jahren als Chefarztin der Abteilung Psychosomatik in den Mediclin Deister Weser Kliniken in Bad Münde tätig. Wir versorgen 190 Patienten, davon 150 in der Rehabilitation und den Rest in der Akutpsychosomatik. Die Psychosomatik ist ein klassisches Schnittstellenfach zwischen seelischen und körperlichen Erkrankungen. Long-COVID fordert uns insgesamt in der Medizin und damit auch in der Psychosomatik.

Wir haben uns im Mediclin-Konzern im letzten Jahr Gedanken gemacht, wie wir unseren Patienten helfen können, weil wir gesehen haben, dass es ihnen nicht gut geht. Wir haben regelmäßige Videokonferenzen abgehalten und beschlossen, innerhalb der Mediclin etwas Interdisziplinäres zu stemmen. Das haben wir auch tatsächlich hinbekommen. Ich finde, man kann zu Recht sagen, dass wir da einen Maßstab gesetzt haben.

Im Frühjahr haben wir eine Post-COVID-Reha über die Mediclin-Häuser ausgebreitet, und zwar interdisziplinär über die Indikationen. Das heißt, die Lungenkliniken sind dabei, die Neurologie ist dabei, die Psychosomatik und die internistischen Häuser sind dabei.

Das Ganze steht auf fünf Säulen und wird in all unseren Kliniken standardisiert umgesetzt:

Die erste Säule ist die Eingangsdiagnostik. Sie ist sehr wichtig, weil - ich drücke es einmal so aus - nicht überall, wo „Long-COVID“ draufsteht, auch Long-COVID drin ist.

Ich habe insofern schon die verschiedensten Sachen erlebt. Eine junge Frau erzählte mir, dass ihr immer schwindelig war. Sie ist dann in eine Long-COVID-Ambulanz gegangen, und dort hat man einen Hirntumor festgestellt.

Wir haben auch schon Patienten unter dem Label „Long-COVID“ in die Reha aufgenommen, bei denen sich dann herausstellte, dass sie eine schwere Depression hatten. Die geht nämlich auch mit Konzentrationsstörungen, mit Schlafstörungen und mit Müdigkeit einher - man kommt nicht auf die Beine.

Das muss man sich also sehr sorgfältig ansehen. Die Eingangsdiagnostik muss gesichert werden.

Danach stellen wir die Patienten untereinander in unseren Kliniken vor, und zwar, weil es gerade nicht anders geht, über Telekonsile. Wenn ich in der Psychosomatik z. B. eine Patientin aufnehme, die noch Dyspnoe hat, dann könnte ich mit Herrn Mössinger aus der Lungenheilkunde telefonieren. - Das ist die zweite Säule unseres Konzepts.

Die dritte Säule ist ein sogenanntes Expertenboard. Wir lernen voneinander, weil die unterschiedlichen Disziplinen zusammenarbeiten. So können wir den Patienten helfen.

Dadurch fühlen sich die Patienten auch sehr angenommen und wertgeschätzt. Bislang hatten sie nämlich häufig die Erfahrung gemacht, dass ihnen nicht so ganz geglaubt wird und dass die Hausärzte auch nicht so recht weiter wussten. Insofern finden sie es sehr gut, wenn solch ein Fokus gesetzt wird, wenn sie merken, dass wir ihnen glauben, dass sie die Beschwerden tatsächlich haben und sie sich nicht nur einbilden.

Die vierte Säule unseres Konzepts sind die Therapien. Da Long-COVID ein Syndrom ist, gibt es noch keine spezifischen Therapien, sondern es wird nach Symptomen therapiert.

Unsere Patienten sind zwar auch müde und belastungsintolerant, aber nicht so schwer, dass sie gar nichts mehr könnten, außer im Bett zu liegen. In der letzten Woche haben wir z. B. eine Fatigue-Patientin isoliert aufgenommen. Wir mussten sie aber wieder entlassen, weil sie nicht in der Lage war, am Reha-Programm teilzunehmen. Sie hatte das auch selbst schon vermutet, aber ihr war nicht geglaubt worden. Sie saß nur im Rollstuhl und konnte einfach nichts. Solche schweren Fälle von Fatigue gibt es.

Unsere Long-COVID-Patienten sind mobiler, und wir können viel mit ihnen machen. Sie sind zwar intolerant, was Belastungen angeht, aber sie lernen, ihre Grenzen zu spüren und die Körperwahrnehmung zu verbessern.

Viele unserer Patienten sind sehr leistungsorientiert und erleben es als großen Einbruch, wenn sie plötzlich nicht mehr können. Dann muss man kleine Schritte gehen. Das müssen die Patienten auch vom Kopf her lernen. Ich habe mit vielen Patienten gesprochen, die sich über ein Jahr lang durchgekämpft haben, die ihre gesamten Freizeitaktivitäten aufgegeben haben, nur um irgendwie noch weiterarbeiten zu können.

Ich habe in dieses Konzept auch die Frage eingebracht, ob es den puren Long-COVID-Patienten überhaupt gibt. Ich muss sagen: irgendwie nicht, weil die Patienten vieles andere mitbringen.

Wir hatten neulich zwei Patientinnen mit Zustand nach Brustkrebs und Corona-Infektion. Eine Patientin meinte, sie wisse gar nicht, ob die Beschwerden von der Chemo kämen oder von Corona.

Ich habe gerade eine Patientin mit einer schizoaffectiven Psychose, die eine sehr hoch dosierte Medikation bekommt und jetzt noch eine Corona-Infektion hat. Was macht das mit den Medikamenten? - Das wissen wir noch gar nicht.

Wir haben sehr heterogene Bilder von Menschen, die zu uns kommen, und wir müssen sehr sorgfältig überlegen, wie wir die Diagnostik und die Therapie dann laufen lassen.

Die fünfte Säule unseres Konzepts ist die wissenschaftliche Untersuchung auf der Grundlage der Daten über 1 500 Patienten, die wir insofern gesehen haben. Für diese wissenschaftliche Untersuchung, der unsere Patienten zugestimmt haben, wurden die Beschwerden eingangs der Reha und nach Abschluss der Reha erhoben.

Wir haben diese Untersuchung über zwölf Kliniken laufen lassen. Die Patienten mit Zustand nach Intensivstation haben in 70 % der Fälle Long-COVID entwickelt. Bei Patienten, die sich ambulant auskuriert haben, war das zu ungefähr 30 % der Fall.

Die Patienten waren im Schnitt 53 Jahre alt, also alle im besten Berufstätigenalter. Sie waren schwer belastet, psychomental und auch körperlich in ihrer Lebensqualität sehr eingeschränkt.

Ein weiteres Ergebnis ist, dass durch die interdisziplinäre Reha, die wir den Patienten mit standardisierten Therapiemodulen und Telekonsilen angeboten haben, nach fünfwöchiger Behandlung über fast alle Skalen hinweg eine große Besserung erreicht wurde, fast zu 40, 50 %. Der Schlaf wurde besser, sie wurden sowohl von der mentalen als auch von der körperlichen Seite leistungsfähiger, die Konzentration ist besser geworden. Nur die Schmerzskala hat sich nicht groß verändert. Wir haben vorhin ja schon gehört, dass das ein schwieriger Bereich ist.

Interessant war, dass sich vor der Reha nur ein Drittel der Patienten vorstellen konnte, überhaupt noch einmal arbeiten gehen zu können. Nach der Reha war das anders, weil die Symptome besser geworden sind. Das heißt, die Patienten haben für sich einen Lichtblick gesehen.

Aus der Psychosomatik kann ich sagen: Viele unserer Patienten möchten wieder arbeiten. Die meisten versuchen es mit einer Wiedereingliederung. Ich hatte auch schon drei ärztliche Kollegen in der Behandlung, sogar einen Chefarzt, und alle sind wieder arbeiten gegangen. Auch sie haben mit einer Wiedereingliederung angefangen, weil es ihnen schwerfiel, die Dauerkonzentration und das Multitasking, das man können muss, aufrechtzuerhalten.

Zum Schluss möchte ich Ihnen einen Satz mitgeben, den eine unserer Long-COVID-Patientinnen in der letzten Woche gesagt hat:

Ich muss lernen, damit zu leben. Ich bleibe auch am Ball, ich muss mich neu finden. Ich kam wie ein Schwarzweißbild in die Reha, und jetzt bekommt es langsam Farbe.

Diesen Satz fand ich sehr schön, weil er das abdeckt, was man leisten kann, wenn die Patienten medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen.

**Dr. Bernd Mössinger:** Zunächst kurz zu meiner Person: Ich komme nicht von den Deister Weser Kliniken in Bad Münder, sondern von der Albert Schweitzer/Baar Klinik in Königfeld bei Villingen im Schwarzwald. Ich bin Pneumologe und mache seit 20 Jahren Reha-Medizin. Ich habe inzwischen etwa 350 Long-COVID-Patienten betreut und finde alles das, was von meinen Vorrednerinnen und Vorrednern schon gesagt wurde, bei diesen Patienten wieder.

Frau Krause hat das Konzept, das wir im Medclin-Konzern verfolgen, bereits vorgestellt. Wir können da wirklich aus einer großen Erfahrung schöpfen. Frau Krause hat schon gesagt, dass wir im Konzern ca. 1 500 Long-COVID-Patienten behandelt haben.

Ich möchte noch Folgendes ergänzen:

Wir sehen Patienten, die bereits sehr lange an Post-COVID/Long-COVID leiden, zum Teil aus der ersten Welle im Frühjahr 2020 kommend. Diese Patienten sind schon seit mehr als eineinhalb Jahren arbeitsunfähig. Der größte Teil von ihnen profitiert sicherlich von der Rehabilitation,

und ihr Zustand bessert sich. Aber ich sehe auch einen gewissen Prozentsatz an Patienten, deren Zustand sich nach der Rehabilitation nicht wesentlich oder sogar überhaupt nicht verbessert hat. Was passiert mit diesen Menschen?

Vor diesem Hintergrund sind wir in unserer Stellungnahme auch auf die Aspekte der Schwerbehinderung und der Anerkennung der Erwerbsunfähigkeit eingegangen.

Wir stellen fest, dass es gerade jüngeren Menschen bei einem über ein halbes Jahr fortbestehenden Symptomen und fortbestehenden Leistungseinschränkungen nicht möglich ist, am gesellschaftlichen Leben und am Erwerbsleben teilzunehmen. Diese neue Erkrankung ist weder bei der Anerkennung der Schwerbehinderung noch bei der Anerkennung der Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit abgebildet.

Man muss sich einmal klarmachen, was das für diese Menschen bedeutet. Das sind junge Leute, die vorher fit und leistungsfähig waren, die voll im Berufsleben standen - und nach anderthalb Jahren quasi aus allen sozialen Auffangnetzen herausfallen und letztendlich in Hartz IV oder in der Sozialhilfe landen können. Diese Leute hatten vorher zum Teil hoch dotierte Jobs, haben ein Eigenheim gebaut und eine Familie gegründet - und plötzlich stehen sie da mit ihrem persönlichen Leid. Und zusätzlich haben sie nur eingeschränkte Geldmittel zur Verfügung, um ihren Lebensunterhalt zu gestalten.

Ich finde, wir müssen dringend über die Anerkennung der Krankheit als Grund für eine Schwerbehinderung oder Erwerbsunfähigkeit nachdenken.

**Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD):** Mich haben besonders die Fallbeispiele beeindruckt, die Sie uns geschildert haben, auch in Ihrer schriftlichen Stellungnahme. Das unterstreicht für mich die Notwendigkeit eines interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatzes in der Reha angesichts der sehr vielen Erkrankungsbilder, die durch COVID im Grunde verstärkt oder chronifiziert worden sind. Vielleicht ist sogar ein Umdenken in der gesamten Reha-Medizin erforderlich. Aber da stehen wir noch am Anfang und werden die weitere Entwicklung begleiten.

**Dr. Bernd Mössinger:** Genau das hat uns am Anfang der Entwicklung dieser interdisziplinären Reha auch so umgetrieben: dass wir mit der Er-

krankung im Einzelrehabilitationszentrum nicht zurechtgekommen sind.

Ich bin, wie gesagt, Pneumologe und hatte bis dahin praktisch keine Patienten mit ME/CFS, vielleicht mal einen Tumorkranken, der eine Chemotherapie bekommen hat. Was fängt ein Pneumologe mit solchen Patienten an? - Es war wichtig, dass wir uns zusammenschalten konnten, dass ich mit dem neurologischen und dem psychosomatischen Kollegen in den Videokonferenzen darüber reden konnte - mit Vorstellung der Patienten. Die sitzen vor der Kamera, und am anderen Ende können sich der Neurologe und der Psychosomatiker die Symptome anhören und uns Tipps geben, was man diagnostisch und therapeutisch machen kann.

Das ist der Startpunkt dieser interdisziplinären Rehabilitation gewesen, die wir jetzt im Mediclin-Konzern umsetzen. Das hat auch meinen Wissensbereich erweitert, das muss ich ganz klar sagen. Ich habe sehr viel gelernt. Daraus hat sich dann das therapeutische Konzept entwickelt.

Long-COVID gab es bis vor einem Jahr nicht. Vorhin fiel schon der Begriff „Learning by Doing“. Am Anfang war das so, weil wir noch keine umfassenden Erfahrungen hatten, wie man diesen Patienten mit ihren einzelnen Krankheitsbildausprägungen helfen kann. Inzwischen sind wir aber schon recht sicher geworden, wie man ihnen helfen kann. Das schlägt sich auch in den Ergebnissen nieder, die wir jetzt erheben konnten. Die ersten wissenschaftlichen Auswertungen zu unseren eigenen Patienten liegen vor.

Bisher ging Rehabilitation bei uns so: Der Mediclin-Konzern umfasst 35 Kliniken, und eigentlich steht jede in gewisser Weise in Konkurrenz zur anderen, weil jede ihr Haus füllen will, ihre Patienten haben muss. Über diesen Schatten sind wir gesprungen und haben gesagt: Wir schließen uns zusammen und bündeln unser Wissen. So können wir für diese Patienten, die es vor einem Jahr noch gar nicht gab, eine sehr vernünftige Therapie aufsetzen.

## Initiative „Long COVID Deutschland“

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 14 und Nachtrag*

### **Per Videokonferenztechnik zugeschaltet:**

- Dr. Claudia Ellert

**Dr. Claudia Ellert:** Zunächst kurz zu meiner Person: Ich bin Gefäßchirurgin. Ich habe mir im November vergangenen Jahres eine COVID-Infektion zugezogen und leide unter den klassischen Symptomen von Long-COVID. Ich bin aus der eigenen Betroffenheit heraus für die Initiative „Long COVID Deutschland“ aktiv geworden. Ich habe in meiner Region aber auch ein regionales ambulantes Angebot etabliert - ein großes Netzwerk an Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten und Therapeuten. Anlaufstelle ist dort der Reha-Sport.

Eine Reihe von Aspekten, die von meinen Vordnern angesprochen worden sind, kann ich aus meiner eigenen Sicht als Betroffene, aber auch aus den Erfahrungen, die ich bei uns in der ambulanten Reha mit aktuell 80 Patienten mache, bestätigen.

Zu unserer Initiative: „Long COVID Deutschland“ hat sich im Mai 2020 als private Initiative von Long-COVID-Betroffenen und Angehörigen gegründet. Wir betreiben eine geschlossene Facebook-Gruppe im Sinne einer Selbsthilfegruppe. Wir sind als Sachverständige bei öffentlichen Anhörungen im Bundestag und bei Sitzungen der Interministeriellen Arbeitsgruppe Long-COVID gehört worden. Wir arbeiten im NAPKON Use & Access Committee (NAPKON = Nationales Pandemie Kohorten Netz) mit, und haben an der Erstellung der AWMF-Leitlinie für Betroffene und Angehörige mitgewirkt (AMWF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften).

Aus unserer Sicht stellen sich in der Rehabilitation von Long-COVID-Patienten drei zentrale Probleme:

Das erste Problem sind die Wartezeiten. Sie gehen auf eine Überlastung stationärer Angebote und eine Verknappung der Kapazitäten für Non-COVID-Diagnosen zurück.

Das zweite Problem sind Fehlsteuerungen durch mangelnde Expertise in der primärärztlichen Versorgung zum Thema und damit verbundene Fehldiagnosen. Das Stichwort ist hier: Abgrenzung

somatisches versus psychosomatisches Krankheitsbild.

Das dritte Problem sehen wir bei den inhaltlichen Konzepten. Eine große Zahl der jüngeren Patienten leidet unter einer Belastungsintoleranz. Die Belastungsintoleranz ist in unseren Augen das Kardinalsymptom postviraler Erkrankungen und damit das entscheidende Symptom, um Therapiekonzepte zu steuern.

Die Zahlen kennen Sie: Wir rechnen in Deutschland aktuell mit 500 000 Long-COVID-Patienten. Aus Studien und aus der Patientenbetreuung wissen wir, dass viele von ihnen länger als zwölf Monate leiden und zu einem großen Anteil nur eingeschränkt arbeitsfähig bzw. arbeitsunfähig sind. Wir sehen das Risiko der Chronifizierung, wenn berufliche Pausen nicht eingehalten oder entsprechende Konzepte der Wiedereingliederung nicht ernst genommen werden.

Aus einer Versichertenumfrage der IKK Südwest geht hervor, dass ein Großteil der von Long-COVID betroffenen Patienten trotz Beschwerden nicht krankgeschrieben und nicht in ärztlicher Behandlung ist. Es gibt also einen relevanten Anteil von Patienten, der der primärärztlichen Versorgung und damit auch den Rehabilitationsangeboten entgeht - was wiederum das Risiko der Chronifizierung in sich birgt.

Warum brauchen die Patienten Rehabilitation? - Das Hauptkriterium, warum die Patienten rehabilitative Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen (und müssen) ist die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit. Wir sehen bei Patienten, dass sie ihre privaten und sozialen Kontakte zugunsten des Erhalts der Arbeitsfähigkeit einschränken. Sie quälen sich durch den Arbeitsalltag, während sich ihr Zustand im Verlauf von Wochen und Monaten verschlechtert. Sie geben ihre Privatleben auf, um noch im Beruf tätig sein zu können.

Das Problem ist hier die Kombination aus körperlicher und neurokognitiver Symptomatik. Es ist für die Patienten oft schwierig, über mehrere Stunden strukturiert einer Arbeit nachzugehen. Das macht es schwierig, sie beruflich umzuschulen bzw. in andere Arbeitsfelder zu versetzen.

Ich glaube nicht, dass die Wiedereingliederung für die über Monate eingeschränkte Erwerbstätigkeit der ideale Ansatz ist. Wir sehen bei diesen Patienten nur sehr wenig Entwicklung zu mehr

Arbeitsfähigkeit. Aus unserer Sicht handelt es sich hier vielmehr um einen länger andauernden Krankheitszustand - an dessen Ende dann hoffentlich die Wiedereingliederung steht.

Wir sehen immer noch Verständnisprobleme bei der Klassifizierung der Symptomatik und der daraus resultierenden Therapiesteuerung.

Wir haben auf der einen Seite die Patienten mit einem schweren Verlauf, die hospitalisiert waren, die eventuell beatmet wurden und die in einer großen Anzahl Organbeteiligungen aufweisen. Diese Patienten kennen wir auch von anderen Akuterkrankungen. Sie brauchen lange, bis sie ihre frühere Leistungsfähigkeit wieder erreichen oder bis sie wieder so weit sind, dass sie selbstständig den Alltag bewältigen können.

Auf der anderen Seite haben wir die jungen Patienten, die primär einen leichten oder mittelschweren Verlauf hatten, ohne dass eine Organbeteiligungen im Vordergrund der Symptomatik stand. Diese Patienten stellen in der Rehabilitation eine besondere Herausforderung dar, weil bei ihnen keine organspezifische Einschränkung vorliegt, die rehabilitativ behandelt werden könnte, sondern ein neuroimmunologisches Krankheitsbild.

Wenn Rehabilitationsmaßnahmen initiiert werden, entscheidet der Antragsteller üblicherweise, ob der Patient eine kardiologische, eine pneumologische oder neurologische Reha braucht. Aber genau das ist für die jungen Patienten schwierig zu definieren, weil bei ihnen keine Organbeteiligungen vorliegen bzw. diese nicht entscheidend für die Einschränkung der Leistungsfähigkeit sind.

Das heißt, die Fachgebiete können nicht streng zugeordnet werden. - Das ist allerdings dann nicht so problematisch, wenn die Therapiekonzepte multidisziplinär sind und den Patientengruppen gerecht werden. Es ist entscheidend, dass man die Belastungstoleranz versteht und in Therapiekonzepten integriert. Dabei muss die Belastungstoleranz das zentrale Steuerkriterium sein.

Zum besseren Verständnis der Belastungstoleranz: Aktivierende Therapien führen gerade bei den jungen Patienten zu einer Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik und damit auch der Leistungsfähigkeit. Das betrifft nicht nur Trainingstherapien im eigentlichen Sinne, wie wir sie vom Kraft- oder Ausdauertraining kennen, sondern das betrifft auch kognitive Anstrengungen.

Das heißt, wir können hier keine Rehabilitation nach Plan machen. Wir können nicht festlegen, dass der Patient fünf Einheiten am Tag bewerkstelligen muss - das schaffen die meisten nicht -, sondern es geht für die Patienten zunächst darum, ihre individuelle Grenze herauszufinden und diese dann auch zu respektieren. Das ist aus meiner Sicht der zentrale Punkt.

Die Konzepte, die wir anbieten, müssen Krankheitsverständnis und -akzeptanz erzeugen. Die Patienten müssen während der Rehabilitationsmaßnahme, ob ambulant oder stationär, Selbstmanagement lernen. Sie müssen sich selbst in die Situation einfinden. So hoffen wir, Chronifizierungen vermeiden zu können.

Eine Untersuchung der Schön-Klinik Berchtesgaderer Land zeigt, dass auch nach einer stationären Rehabilitation noch ambulanter Rehabilitationsbedarf besteht. Laut der Untersuchung ist nach einer stationären Rehabilitation zu 70 % noch die Atemnot symptomatisch und zu fast 60 % die Fatigue.

Wie lässt sich der Rehabilitationserfolg messen? - Ich glaube, wenn man Studien zum Erfolg initiiert und durchführt, muss man die beiden von mir gerade genannten Patientenkohorten, also die hospitalisierten und die nicht hospitalisierten Patienten, getrennt betrachten. Das unterscheidende Merkmal muss dabei die Belastungstoleranz sein.

Merkmale der körperlichen Leistungsfähigkeit können nicht für alle Patienten Kriterium der erfolgreichen Maßnahme sein. Für Patienten mit Belastungstoleranz stehen Symptommfreiheit und Kriterien der psychosozialen Gesundheit im Vordergrund, also dass sie am Arbeitsalltag teilnehmen und ihren privaten Verpflichtungen nachkommen können.

Wir als Selbsthilfegruppe „Long COVID Deutschland“ haben eine eigene Umfrage durchgeführt.

Dabei haben wir zunächst ermittelt, wie lange es vom Beginn der Erkrankung bis zur Antragstellung für eine Rehabilitationsmaßnahme gedauert hat. Bei etwa der Hälfte der Befragten sind mehr als drei Monate vergangen, bei einem weiteren Viertel sogar mehr als sechs Monate. Und von der Antragstellung bis zum Antritt der Rehabilitationsmaßnahme hat es in mehr als 70 % der Fälle dann noch einmal mehr als drei bzw. sechs Monate gedauert. Es vergeht also ein relativ langer

Zeitraum, bis die Rehabilitationsmaßnahmen wirklich in Anspruch genommen werden. Dieser Zeitraum könnte gut genutzt werden, um die Patienten vorab über das Erkrankungsbild aufzuklären.

Ferner haben wir in unserer Umfrage ermittelt, inwieweit die klassische pneumologische Reha bei Fatigue und bei Belastungsintoleranz tatsächlich geholfen hat. Das war bei nur 11 % der Befragten der Fall. Der überwiegende Teil der Patienten hat von Verschlechterungen berichtet oder sich neutral geäußert.

Aus unserer Sicht sind jetzt folgende Punkte wichtig:

Wir müssen eine Aufklärungskampagne vorantreiben, um der Vielzahl an Betroffenen gerecht werden zu können. Wie gesagt, derzeit haben wir in Deutschland 500 000 Betroffene. Die lassen sich in der primärärztlichen Versorgung nicht abbilden. Es ist nicht möglich, sie in den Zehn-Minuten-Intervallen, die im Moment im KV-System abrechenbar sind, zu betreuen.

Stationäre Rehabilitationsangebote müssen durch ambulante Rehabilitationsangebote ergänzt und entlastet werden.

Wir müssen akzeptieren, dass eine drei- bis vierwöchige Reha am Gesundheitszustand weniger verändert, als man erwarten würde. Was man erreichen kann, ist Krankheitsakzeptanz.

Arbeitgeber und Berufsmediziner müssen zum Krankheitsbild der postviralen Fatigue geschult werden, um den Patienten in der beruflichen Wiedereingliederung gerecht werden zu können und damit es nicht zu Überlastungen kommt.

Es muss verhindert werden, dass die Betroffenen aufgrund existenzieller Ängste und Bedrohungen weiterhin ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen, obwohl sich ihr Gesundheitszustand permanent verschlechtert.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich habe zwei Fragen.

Sie schreiben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme, dass rund 10 bis 15 % aller COVID-Infizierten von Long-COVID betroffen sind. In Ihrem Vortrag haben Sie die Zahl 500 000 genannt. In der schriftlichen Stellungnahme der Mediclin-Kliniken ist hingegen von 10 % Betroffenen und aktuell 400 000 Patienten die Rede. Das ist schon ein

beträchtlicher Unterschied. Wenn Sie dazu noch einmal etwas sagen könnten!

Sie schreiben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme ferner, dass vorläufige Ergebnisse des RKI auf ein um 30 % erhöhtes Vorkommen an Diagnosen von Folgeerkrankungen nach COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu nicht infizierten Kontrollgruppen hinweisen. Welche Schlussfolgerung ziehen Sie daraus?

**Dr. Claudia Ellert:** Die Frage nach den absoluten Zahlen ist schwierig zu beantworten. Die aktuellen epidemiologischen Studien weichen insofern durchaus weit voneinander ab. Das hängt sicherlich auch mit der Art und Weise zusammen, wie man befragt.

Man ist lange Zeit davon ausgegangen, dass 10 % der COVID-Infizierten von Long-COVID betroffen sind. Aktuelle Studien weisen inzwischen auf einen Anteil von 15 % hin. Dem liegen Zahlen der gesetzlichen Krankenversicherungen in Bayern zugrunde, die man hochrechnen kann. Es gibt auch eine Dunkelziffer, weil viele Patienten einfach nicht diagnostiziert werden.

Konkreter wird man das aktuell leider nicht festmachen können. Das RKI initiiert aber gerade eine große Metaanalyse zu allen weltweit vorliegenden epidemiologischen Studien, in der es genau um die Frage der Inzidenzen und Prävalenzen geht. Das Ergebnis wird vermutlich in den nächsten drei Monaten veröffentlicht.

Zur zweiten Frage. Es ist zu erwarten, dass wir, wenn die Infektionszahlen hoch sind, auch bei Kindern relevante Fälle des Chronischen Fatigue-Syndroms sehen werden. Wir wissen, dass die Erkrankung insbesondere bei Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren entsteht. Dort sehen wir die höchsten ME/CFS-Inzidenzen.

## **AOK Niedersachsen**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 11*

### **Anwesend:**

- *Sabine Nowack-Schwonbeck*

**Sabine Nowack-Schwonbeck:** Der Antrag, zu dem wir heute angehört werden - „Rehabilitationsmaßnahmen für Long-COVID-Patientinnen

und -Patienten“, Landtagsdrucksache 18/9404 - enthält folgende wesentliche Forderungen:

- sich für die Schaffung und adäquate Ausstattung interdisziplinärer Angebote - sowohl stationär als auch ambulant und wohnortnah - zur Diagnostik sowie für Rehabilitationsangebote durch multiprofessionelle Teams einzusetzen,
- zu prüfen, wie die niedersächsischen Einrichtungen der Gesundheitsforschung stärker bei der Ursachenforschung des Long-COVID-Syndroms sowie der Entwicklung möglicher Behandlungsmethoden unterstützt werden können,
- die Krankenkassen aufzufordern, spezielle vertragliche Vereinbarungen bzw. Versorgungsverträge für die Rehabilitation von Long-COVID-Erkrankten mit den Einrichtungen zu schließen.

In der Vorbereitung auf die heutige Sitzung habe ich mir die Debatte zur Aktuellen Stunde des Niedersächsischen Landtags am 13. Oktober zum Thema „Long- und Post-COVID-Risiken für Kinder und Jugendliche ernst nehmen“ angeschaut:

Der Abgeordnete Jörg Hillmer von der CDU hat dort gesagt, dass es auf jeden Fall mehr Gesundheitsforschung bedarf. „Verantwortliche Politik brauche eine faktengeleitete Entscheidungsfindung. Dafür brauchen wir mehr Wissen und mehr Forschungsergebnisse.“

Die Abgeordnete Eva Viehoff von den Grünen sagte, die Initiative zu eigenen Studien sowohl im medizinischen Bereich als auch zu psychischen Folgen der Corona-Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen könne nur begrüßt werden.

Unterstützt wurde dies von der Abgeordneten Annette Schütze von der SPD, die sagte, man müsse sowohl Studien durchführen als auch Studien beauftragen und entsprechende Mittel zur Verfügung stellen.

Der Abgeordnete Lars Alt von der FDP hat festgestellt, dass die Datenlage extrem mau ist und dass die Ärzteschaft für die Versorgung und die Behandlung durch niedergelassene Ärzte ein umfassendes Wissen darüber braucht, welche Organsysteme betroffen sind und wie eine Diagnostik und eine Behandlung erfolgen sollen. Er hat die Forderung nach systematischer und leitlinien-gerechter Behandlung erhoben.

Zum Schluss hat Minister Björn Thümler darauf hingewiesen, dass es in Niedersachsen bereits seit Beginn der Pandemie das Netzwerk COFONI gibt, das entsprechende Expertise der Infektionsforschung und der Versorgungsforschung zusammenfasst und mit entsprechenden Mitteln ausgestattet ist.

Sie sehen, das Konzept, das wir als AOK einbringen wollen, wird im Prinzip von allen unterstützt.

Derzeit herrscht ein Mangel an wissenschaftlicher Evidenz bzw. ein Mangel an ausreichend großen und methodisch validen Ansätzen zur Aufarbeitung der Thematik sowie einem strukturierten Wissenstransfer der Studienergebnisse vor.

Wir als AOK empfehlen die Vernetzung von Forschung, wissensgenerierter Patientenversorgung und strukturiertem Wissenstransfer und schlagen folgendes Stufenmodell zur Versorgung von Patienten mit Long-COVID- oder Post-COVID-Syndrom vor:

- Gründung von zwei bis drei interdisziplinären Long-COVID-Netzwerkzentren durch Universitätskliniken (in Niedersachsen), die dann, analog zur NAMSE-Versorgung, die Leitung und die Steuerung übernehmen (NAMSE = Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltene Erkrankungen).

Es geht um den Aufbau einer strukturierten Zusammenarbeit untereinander: der Unikliniken, der Krankenhäuser in den Regionen, der Reha-Kliniken sowie der niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Dazu brauchen wir die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung zugesagte Förderung.

- Bildung interdisziplinärer wissenschaftlicher Teams (Fachexperten) in den Netzwerkzentren.
- Behandlungsdaten (Symptome, diagnostische Ergebnisse) werden in einer zentralen Datenbank (BMBF) pseudonymisiert dokumentiert.
- Ziel ist eine „lebende“ Leitlinie mit einfach recherchierbaren Behandlungspfaden auf Basis evidenzbasierter Forschung und internationaler Studien und als Basis für die Befähigung der Haus- und Fachärzte sowie der Rehabilitationseinrichtungen, Long-COVID-Patienten evidenzbasiert auf dem aktuellen Wissensstand zu behandeln.

- Die Netzwerkzentren bilden gemeinsam mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Ärztinnen und Ärzten regionale Netzwerke.

Zurück zu dem Antrag „Rehabilitationsmaßnahmen für Long-COVID-Patientinnen und -Patienten“ und der Forderung an die Krankenkassen, spezielle vertragliche Vereinbarungen bzw. Versorgungsverträge für die Rehabilitation von Long-COVID-Erkrankten mit den Einrichtungen zu schließen Versorgungsverträge zu schließen.

Ich sage dazu: Wenn wir entsprechende Netzwerkstrukturen haben, wenn gesichert ist, auf welcher Basis wir wie evidenzbasiert behandeln und wenn wir in diesen Netzwerken leitliniengerecht und evidenzbasiert zusammenarbeiten, dann sind wir in der Lage, entsprechende Versorgungsaufträge für Reha-Kliniken zu beschreiben, und dann sind wir am Ende auch in der Lage, Versorgungsverträge abzuschließen.

Ich will sogar noch einen Schritt weiter gehen: Wenn wir tatsächlich entsprechende Netzwerkstrukturen etablieren können, wenn die Forschungsgelder zur Verfügung stehen und wenn wir wissen, wie die leitliniengerechte Behandlung aussieht, dann sind wir sicherlich auch in der Lage zu prüfen, welche Anpassungen wir beim DRG-System brauchen, was die ambulante Vergütung betrifft.

Morgen trifft sich der geschäftsführende Bundesgesundheitsminister Herr Spahn mit den Gesundheitsministern der Länder. Das wäre ein schöner Anlass, die Bildung solcher Versorgungsnetzwerke anzustoßen. Und vielleicht haben die Nachfolgeregierung und die Gesundheitsminister dann die Kraft, das weiterzuverfolgen.

### **Verband der Ersatzkassen - Landesvertretung Niedersachsen**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 2*

#### **Anwesend:**

- Hanno Kummer

**Hanno Kummer:** Ich möchte mich auf den Punkt des Antrags „Rehabilitationsmaßnahmen für Long-COVID-Patientinnen und -Patienten“ beschränken, der sich direkt auf die Krankenkassen bezieht, nämlich auf die Aufforderung, spezielle

vertragliche Vereinbarungen bzw. Versorgungsverträge für die Rehabilitation von Long-COVID-Erkrankten mit den Einrichtungen zu schließen.

Dazu zunächst eine Vorbemerkung: Wir haben im Bereich der Rehabilitation unterschiedliche Zuständigkeiten in der Kostenträgerschaft. Die Krankenkassen sind Kostenträger, wenn es um die Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit geht, also im Wesentlichen für Menschen im Ruhestand. Bei den Erwerbstätigen ist die Rentenversicherung gefragt, und die Unfallversicherung hat auch ihren Anteil.

Es ist mittlerweile unstrittig, dass Menschen nach einer überstandenen Infektion mit COVID-19 von ernst zu nehmenden gesundheitlichen Langzeitfolgen (Long-/Post-COVID) betroffen sein können. In diesen Fällen leiden die Patientinnen und Patienten unter vielfältigen körperlichen und psychischen Folgen der Erkrankung. Dazu zählen etwa Müdigkeit und Erschöpfung, allgemeines Unwohlsein, Schlafstörungen und Kopfschmerzen.

Gleichzeitig ist keines dieser Symptome typisch oder exklusiv für eine Long-COVID-Erkrankung. Bei Long-COVID handelt es sich demnach nicht um ein klar abgrenzbares Krankheitsbild. Zudem ist die Erkenntnislage zu Häufigkeit, Ausmaß und Art der längerfristigen Beeinträchtigungen derzeit noch sehr unsicher. Der unterschiedlichen Symptomatik gemäß lassen sich auch die infrage kommenden Versorgungsleistungen nicht direkt und abschließend der Diagnose Long-COVID zuordnen.

Dementsprechend empfiehlt die neue AWMF S1-Leitlinie „Post-COVID/Long-COVID“, dass die Betroffenen die bisherigen Versorgungswege nutzen: Hausarzt, Facharzt und danach - je nach betroffenen Organsystemen, unterschiedlicher Schwere und Verläufen - Krankenhäuser und Reha-Kliniken.

Schon bisher kommt es bei der Auswahl von geeigneten Rehabilitationseinrichtungen und -angeboten nicht auf den Anlass - wie die auslösende Krankheit - an, sondern auf den spezifischen Rehabilitationsbedarf. Maßgebend ist hier die Hauptindikation der beantragten Rehabilitationsleistung. Beispielsweise werden Versicherte mit erheblichen Atemwegsbeschwerden in einer Einrichtung für Pneumologie versorgt, unabhängig davon, ob die Erkrankung infolge eines Krebsleidens, starken Rauchens oder einer Berufskrankheit auftritt.

Die niedersächsischen Rehabilitationseinrichtungen sind grundsätzlich in der Lage, eine Behandlung von Long-COVID-Patienten nach den „Hauptaufgreifkriterien“ sicherzustellen. Im Ergebnis wird aktuell kein Bedarf für eine neue Indikation „Post-COVID/Long-COVID“ gesehen.

Gleichzeitig ist es wichtig, durch Forschung zu längerfristigen Folgen einer COVID-19-Erkrankung eine solide Datengrundlage zu erhalten und Erkenntnisse zu Bedarfen dieser Patientinnen und Patienten zu gewinnen. So hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation darum gebeten, Daten zur rehabilitativen Versorgungslage von Menschen mit Long-/Post-COVID zu erheben, um diese möglichst genau einzuschätzen.

Falls sich aus den Forschungsergebnissen eine Anpassung der bisherigen Versorgungsstrukturen z. B. durch Neuaufnahme einer zusätzlichen Hauptindikation in den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ergeben sollte, könnte es dazu kommen, dass die Krankenkassen in ihrer Zuständigkeit entsprechende Versorgungsverträge mit Einrichtungen abschließen.

Aus unserer praktischen Erfahrung im Kontakt mit den Einrichtungen wird sehr deutlich, dass sich unterschiedliche Einrichtungen derzeit sehr unterschiedliches vorstellen, wenn es um die Behandlung von Long-COVID geht. Deshalb ist eine klare Richtlinie mit der Möglichkeit, Qualitätsanforderungen zu definieren, zwingende Voraussetzung, um Versorgungsverträge abzuschließen - die dann auch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu einem Behandlungserfolg beitragen können.

### **Niedersächsische Krankenhausgesellschaft**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 7*

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Die Anhörung der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, von Herrn Engelke, ist aus technischen Gründen leider nicht möglich. Insofern verweise ich noch einmal besonders auf die schriftliche Stellungnahme.

### **Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 8*

**Anwesend:**

- Karin Vogel

**Karin Vogel:** Ich darf uns zunächst kurz vorstellen: Der Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen vertritt seit über 60 Jahren die Interessen der niedersächsischen Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Im Verband sind 67 Kliniken mit über 13 000 Betten organisiert. Dazu zählen 34 Rehabilitationskliniken mit 6 644 Betten.

Gerade wir Rehabilitationskliniken stehen mit den bewährten Strukturen und Prozessen der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung und sind sehr gut geeignet, für Betroffene zeitnah und geleitet nach den wesentlichen Krankheitssymptomen der Long- und Post-COVID-Erkrankung ziel führend die notwendigen interdisziplinären Maßnahmen durchzuführen.

Ich selbst bin seit über 20 Jahren Geschäftsführerin des Reha-Zentrums Oldenburg mit den Indikationen Kardiologie, Neurologie, Orthopädie und Geriatrie. Long- und Post-COVID-Patienten zeigen überwiegend neurokognitive und internistische Symptome. Gerade dafür können Kliniken, die bereits interdisziplinär aufgestellt sind, ihre Programme zur Verfügung stellen, und das auch schon zum jetzigen Zeitpunkt.

Leitlinien liegen noch nicht vor, das ist klar. Aber die Patienten gibt es nun einmal, und wir behandeln sie. Je nachdem, was der Patient benötigt, werden die Programme ausgerichtet. Wir müssen nur mit den Kostenträgern ins Gespräch kommen, um unsere Konzepte um spezifische Programme zu ergänzen. Bei internistischen Symptomen gibt es z. B. einen Mehrbedarf an psychotherapeutischen, psychologischen Behandlungen.

Die Rehabilitation bietet durch ihr Entlassmanagement, zu dem wir verpflichtet sind, auch eine Reha-Nachsorge an. Es gibt gerade von den Rentenversicherungen Nachsorgeprogramme, in die die Patienten überführt werden können. Dort können wir helfen und in die ambulante Struktur überleiten.

Ziel ist es, über Studien gewonnenes Wissen in die Konzepte einfließen zu lassen.

Entscheidend ist aus unserer Sicht, dass die Anschlussheilbehandlung schnittstellenfrei durchgeführt werden kann. Insofern geht es uns gerade bei den Long-COVID-Fällen um die Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts, so wie es bereits in der geriatrischen Rehabilitation umgesetzt wird, sodass wir die Patienten direkt aus den Akuthäusern übernehmen können.

Unser Verband steht bereit, wir sind darauf ausgerichtet. Ich denke, dafür sind wir bei den Kostenträgern auch bekannt.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Das hört sich ja alles sehr positiv an, aber ich möchte doch noch einmal kritisch nachfragen.

Nach dem, was wir hier bisher gehört haben, gibt es nur wenige Grundlagen, um eine Reha in Sachen Long- und Post-COVID finanziell auf den Weg zu bringen. Wir brauchen hier ja multiprofessionelle Teams.

Die Mediclin-Kliniken haben das ja als Erste durchgeführt; Frau Dr. Krause und Herr Dr. Mössinger haben dazu heute Morgen vorgetragen. Als wir die Gespräche geführt haben, wurde deutlich, wie wenig das Ganze refinanziert wird.

Wie stellt sich das für Ihren Verband dar? Dass das für Reha-Kliniken ein interessanter Markt ist, ist klar. Sie haben gesagt, Sie beginnen damit umzuschwenken. Aber was bedeutet das genau?

Bisher ist es so, dass die Kostenträger nach der Primärerkrankung schauen, und dann wird der Patient in die Lungenrehabilitation, in die Herz-Kreislauf-Rehabilitation oder in die Psychosomatik geschickt. - Aber das hilft ihm ja überhaupt nicht weiter. Sie wissen, was ich meine.

Wie gelingt es Ihnen, das bedarfsgerecht umzusetzen? Wird das innerhalb Ihres Verbandes koordiniert, oder gibt es auch einzelne Klinikgruppen, die da ins Risiko gehen? - Ich sage das bewusst so.

Ich komme aus dem Reha-Ort Bad Gandersheim, wo die Paracelsus-Klinik zu Hause ist. Als ich mit denen Gespräche geführt habe, hieß es: „Wir würden das gerne machen, aber wir müssen erst mal sehen, ob die Bank mitspielt, wenn wir ins Risiko gehen - obwohl alle wissen, dass das ein schlimmer Markt ist, der da auf uns zukommt.“

Wie schätzen Sie das ein? - Es ist klar, dass die Anschlussheilbehandlung der erste Aufschlag sein. Aber bis dahin ist es noch ein weiter Weg.

Wenn ich lese, dass es seitens der Kostenträger im Genehmigungsverfahren Wartezeiten von mehreren Monaten gibt: Damit ist den Patienten überhaupt nicht geholfen. Sie können glücklich sein, wenn sie bis dahin überleben. - Ich spitze das jetzt bewusst zu.

Wenn die Akutphase nicht anständig durch eine rehabilitative Nachsorge abgefangen wird, dann ist das hoch problematisch. Ich glaube, die Risiken sind da wesentlich höher, als Sie es eben so freundlich ausgeführt haben. - Oder ich liege da falsch.

**Karin Vogel**: Vielleicht haben Sie es auch etwas missverstanden.

Sie haben recht, die Finanzierung muss natürlich gesichert sein. Das ist das, was ich eben angesprochen habe. Wir halten die Strukturen und die Konzepte vor.

In unserer Klinik in Oldenburg haben wir beispielsweise die neurologische und die kardiologische Indikation. Über Konsile können wir da auch in den Austausch gehen. Nichtsdestotrotz bekommen wir keine höhere Vergütung, wenn ein Patient in der kardiologischen Rehabilitation ist und wir gegebenenfalls zusätzlich psychologisches Personal einsetzen müssen.

Darüber müssen wir mit den Kostenträgern sprechen. Das sind genau die Punkte, die in die Versorgungsverträge einfließen müssen.

Allerdings stehen die Patienten schon vor unserer Tür, und wir können und wollen sie ja nicht abweisen. Wir sind also an einem Punkt angelangt, an dem wir nicht warten können, bis irgendwelche Studien oder Forschungsergebnisse vorliegen, sondern wir müssen jetzt handeln. Es gilt, zeitnah entsprechende Konzepte finanziert zu bekommen.

## Deutscher Hausärzteverband - Landesverband Niedersachsen

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 5*

### **Anwesend:**

- Dr. Matthias Berndt

**Dr. Matthias Berndt:** Ich darf mich zunächst kurz vorstellen: Ich bin Hausarzt und arbeite mit meiner Frau in einer Gemeinschaftspraxis zusammen mit drei weiteren Fachärztinnen und -ärzten. Wir betreuen pro Quartal 5 000 bis 6 000 Patienten und hatten in dieser Woche unseren 800. positiv getesteten Corona-Patienten. Wir hatten sechs Corona-Tote, 25 bis 30 schwerste Corona-Fälle und viele leichte Corona-Fällen. Wir kennen also das gesamte Spektrum, das man unter Corona erlebt. Wir waren im letzten Jahr Infektopraxis und sind bei den Impfungen dabei. In der nächsten Woche werden wir in unserer Praxis die 7 000. Impfung verabreichen.

Es ist schon bemerkenswert, in welcher extremer Breite die Krankheit ausgeprägt ist. Wir hatten Patienten, die gesund in die Praxis gekommen sind und bei denen wir zufällig entdeckt haben, dass sie Corona haben. Wir hatten Schwerst- kranke, bei denen Corona erst beim zweiten oder dritten Abstrich diagnostiziert wurde. Wir hatten Patienten, deren Zustand sich in außerordentlich schneller Zeit massiv verschlechtert hat. Und wir hatten Patienten, bei denen das Ganze langsam vor sich hindümpelt.

Insofern begrüßen wir als Hausärzteverband Niedersachsen die Initiative der SPD und der CDU, Angebote zur Verbesserung der Situation von Long-COVID-Patienten zu schaffen. Der Antrag greift viele wichtige Aspekte auf und gibt mit den Punkten 1 bis 7 wichtige Handlungsempfehlungen.

Zwei Punkte fehlen mir allerdings noch. Ich darf sie einmal als Punkt 0 und als Punkt 8 bezeichnen: Wer kommt wie zur Reha? Und: Wie geht es nach der Reha weiter?

Punkt 0: Wer kommt wie zu Reha?

Wir brauchen zwingend wissenschaftlich klare Eingangskriterien für die Beantragung und die Genehmigung von Reha-Maßnahmen.

Bei Long-COVID geht es um Symptome und Beschwerden, die man vor Corona nicht hatte. Wir

erleben im Moment aber auch, dass Patienten, die schon vor Corona bestimmte Beschwerden hatten, die Beschwerden, die sie nach Corona haben, mit Corona in Verbindung bringen.

Bei Post-COVID geht es darum, dass Symptome und Beschwerden, die vor Corona nicht bestanden, nach Corona auftreten, und zwar auch über einen längeren Zeitraum, oder wenn bestehende Beschwerden massiv verstärkt sind.

Vor Antritt der Reha sollte klar sein, welches Setting das richtige ist. Die Reha-Kliniken sind heutzutage orthopädisch, psychosomatisch oder neurologisch aufgestellt, aber die Patienten haben aber sehr unterschiedliche, gemischte Krankheitsbilder. Muss man überlegen, wo sie gut aufgehoben sind, besser ambulant oder besser stationär.

Wie muss die Reha eines 75- oder 80-Jährigen aussehen, was ist das therapeutische Ziel? - Und wie muss die Reha eines 30-Jährigen aussehen, der vier Wochen beatmet wurde und vielleicht Gedächtnisstörungen hat? Dabei geht es darum, wie und ob überhaupt er in den nächsten 30 Jahren weiterarbeiten kann.

Es sind also komplett unterschiedliche Settings und Herangehensweisen.

Das mit den Spezialambulanzen halte ich für bedenkenswert. Aber: In den vergangenen 18 Monaten sind in Niedersachsen etwa 300 000 COVID-Infizierte in den Hausarztpraxen aufgelaufen. Wenn mir jemand sagt, er sei krank und brauche eine Reha, dann melde ich ihn an. Leider haben die Spezialambulanzen oftmals mehrere Wochen, bis zu zwölf Wochen Vorlauf. In der Ambulanz der MHH Hannover kriege ich z. B. schon niemanden mehr unter. - Das hilft mir nicht weiter.

Insofern sind die Wartezeiten genau der Punkt. Die Erkrankung muss relativ zügig behandelt werden; denn auch aus medizinischer Sicht ist klar: Je schneller man solche Erscheinungen behandelt, desto mehr kann man erreichen.

Damit sind wir bei dem Erwartungsmanagement. Ich finde, bei einem Krankheitsbild, zu dem wir bisher nur begrenzte Erfahrungen haben und zu dem auch viele Fachleute sagen, dass es relativ wenig Therapiemöglichkeiten gibt, muss man sich schon vorher Gedanken über das machen, was man realistisch erwarten kann. Man darf bei den Patienten und den Behandlern auch keine falschen Hoffnungen schüren.

Ich habe drei Patienten in der Ambulanz der MHH vorgestellt. Sie alle waren hinterher zutiefst enttäuscht, weil sie die Erwartung hatten: Sie gehen dahin, werden behandelt, und dann geht es ihnen besser. - Aber das ist völlig unrealistisch. Man muss deutlich kommunizieren, was überhaupt möglich ist.

Ich fände es gut, wenn ich einen Fragebogen mit vielleicht fünf oder sechs Fragen hätte und nur ankreuzen müsste, ob z. B. Gedächtnisstörungen, eine Depression, neurologische Probleme, Atembeschwerden, Belastungsunfähigkeit oder Müdigkeit vorliegen. Wenn die Symptome neu sind und Corona nachgewiesen worden ist, wenn also die fünf, sechs Kriterien erfüllt sind, dann kann man einen Haken daran machen und sagen: Die mit den Kostenträgern konsentierten Eingangskriterien sind erfüllt - und dann geht es weiter. Dann weiß jeder Sachbearbeiter der Rentenversicherung, der das Ganze genehmigen muss, dass es sich um ein Long-COVID-Syndrom handelt.

Punkt 8: Wie geht es nach der Reha weiter?

Wir brauchen ein klares Überleitungsmanagement. Wir erleben leider manchmal, dass über vier oder sechs Wochen eine gute Reha gemacht worden ist - und der Patient dann die Empfehlung bekommt, sich beim Psychotherapeuten vorzustellen. Dort beträgt die Wartezeit aber ein halbes Jahr. Oder: Dem Patienten geht es sehr viel besser, aber er ist weiter arbeitsunfähig. - Ich wünsche mir, dass evaluiert wird, was in den Reha-Kliniken leistbar ist und wie es dann weitergeht.

Noch zwei Gedanken zum Abschluss.

Zum einen: Nach unserem Kenntnisstand ist bisher keine ursächliche Therapie des Post-COVID-Syndroms möglich. Daher halten wir eine Evaluation z. B. drei Monate nach der Entlassung aus der Reha für sinnvoll, um hilfreiche Maßnahmen identifizieren zu können.

Zum anderen: Vereinzelt werden auch Gedächtnisstörungen als Post-COVID-Beschwerde angegeben. Das ist gerade für uns Hausärzte aber ein schwieriges wissenschaftlich-medizinisches Problem. Ich wünsche mir da ein leicht handhabbares Diagnosetool, gerne online, das ich meinen Patienten in der Praxis anbieten kann, um diese konkrete Frage zeitnah beantworten zu können. Ich denke, für einen Neurologen dürfte es nicht so schwierig sein, so etwas im Rahmen eines Forschungsauftrages zu entwickeln.-

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Heute Morgen wurde von verschiedener Seite problematisiert, ob Hausärzte überhaupt qualifiziert sind, in der Diagnostik zu erkennen, inwieweit die bei einem Patienten vorhandenen Symptome tatsächlich Long-COVID-Symptome sind. Professor Gutenbrunner hat gemeint, dass hier sicherlich noch Fortbildungsbedarf besteht - was aufgrund der schnellen Entwicklung aber auch klar ist.

Was ist Ihre Meinung? Sehen auch Sie noch Verbesserungsbedarf?

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich habe die gleiche Frage wie Herr Meyer und möchte noch ergänzen: Wie schätzen Sie die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungen aktuell ein?

**Dr. Matthias Berndt**: Bei jedem neuen Krankheitsbild brauchen wir alle Fort- und Weiterbildung.

Am kommenden Samstag veranstaltet unser Verband seinen diesjährigen Hausärztetag. Dazu sind 120 Hausärzte angemeldet. Dort wird Professor Stoll von der MHH zwei Stunden lang zum Thema Long-COVID-Syndrom berichten. - Genau solche Fortbildungen bietet der Verband an.

Ich muss immer etwas schmunzeln, wenn mir Kolleginnen und Kollegen sagen, dass die Hausärzte weitergebildet werden müssen. Einerseits stimmt das sicherlich. Aber andererseits: Wir Hausärzte haben in unseren Praxen 300 000 Corona-Patienten gesehen, ich in meiner Praxis allein 800. Um es einmal zu pointieren - ich bitte, das nicht falsch zu verstehen -: Wie viele hat denn Professor Gutenbrunner in seiner Ambulanz gesehen?

Wir brauchen wissenschaftliche Evidenz in der Überlegung, was wirklich Long- und Post-COVID-Symptome sind. Es wäre gut, wenn man interdisziplinär einen Katalog mit klaren Kriterien entwickeln würde - und dann entscheidet, in welchen Bereichen weitergebildet werden muss. Und dann kann man weitergehen und sagen: Das sind genau die fünf Punkte, die ein Allgemeinmediziner wissen muss, damit er das Krankheitsbild erkennt und von Symptomen unterscheiden kann, die schon vorher bestanden haben.

Ich persönlich frage meine Patienten, die befürchten, Long-COVID zu haben, erst seit drei Wochen, welche Symptome neu sind und welche schon älter, ob sie z. B. schon vor einem Jahr einmal Luftnot beim Joggen oder Gedächtnisstö-

rungen hatten. Im vorigen Jahr habe ich diese Frage noch nicht gestellt - weil ich das nicht wusste. Da bin ich erst jetzt sensibler geworden. - Solche Lerneffekte muss man transportieren.

## Ärztammer Niedersachsen

*Ohne schriftliche Stellungnahme*

### **Anwesend:**

- Dr. Martina Wenker

**Dr. Martina Wenker:** Ich bitte zunächst um Nachsicht, dass ich keine schriftliche Stellungnahme abgegeben habe, aber das Geschäft ist im Moment einfach unfassbar schnelllebig.

Kurz zu meiner Person. Ich arbeite in einer pneumologischen Fachklinik und bin Oberärztin eines Schlaf- und Beatmungszentrums. Ich sehe im Moment eine Fülle von Patienten mit Luftnot. Die sehen wir in der Lungenklinik sowieso, aber jetzt sehen wir sie verstärkt. Ich sehe auch Patienten mit Fatigue, mit einer unfassbarer Schläfrigkeit, die vielleicht bereits eine schlafbezogene Atmungsstörung hatten, wegen der sie ohnehin schon müde und schlapp sind. - Das Problem überrollt uns gerade.

Ich bin Ihnen ausgesprochen dankbar für die Anhörung und muss Ihnen auch ein großes Kompliment machen. Denn in Ihrem Antrag vom 1. Juni haben Sie bereits alle wesentlichen Punkte in der notwendigen Kürze zusammengefasst. Ich bin allerdings sehr bei Herrn Dr. Berndt und würde seinen Punkt 8 auch gerne aufgenommen wissen: Wie geht es weiter, wenn die Reha vorbei ist?

Ich möchte drei Aspekte ansprechen: den Versorgungsbedarf, die Versorgungsangebote und die Versorgungsstrukturen und -kapazitäten.

Vorweg: Bei dem, was ich gleich zitiere, berufe ich mich auf den Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe Long-COVID vom 28. September, der dem Deutschen Bundestag als Unterrichtung vorgelegt wurde.

Ich beginne mit den Versorgungsbedarfen. Sie haben sie mit 10 % noch konservativ eingeschätzt. Wenn man davon ausgeht, dass 10 % aller mit SARS-CoV-2 Infizierten Long-COVID bekommen, dann ist das schon eine dramatisch hohe Zahl.

Aber: Es gibt eine aktuelle Publikation, jetzt referiert im *Deutschen Ärzteblatt*, 14. Oktober 2021, aus dem *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. Danach leidet jeder zweite COVID-19-Genesene unter Long-COVID. Die haben eine Metaanalyse gemacht und das auf die 236 Millionen Menschen weltweit hochgerechnet, bei denen COVID-19 diagnostiziert wurde. - Das wäre natürlich ein Albtraum. Dann kämen Millionen von Betroffenen auf uns zu.

Damit komme ich zu den Versorgungsangeboten. Diese müssen wir auf drei Patientengruppen aufteilen:

In der Klinik sehe ich die Patienten mit dem akuten schweren, intensivpflichtigen Krankheitsverlauf. Die müssen nach der Entlassung in eine Anschlussheilbehandlung.

Dann gibt es die vielen Patienten mit milden, vielleicht sogar asymptomatischen COVID-Verläufen, die anschließend jedoch manifest Long-COVID bekommen. Bei denen muss man überlegen, ob sie die Beschwerden wegen COVID haben oder ob sie sie auch ohne COVID gehabt hätten.

Mich beschäftigen am meisten die Patienten mit besonderen Versorgungsbedarfen. Das sind einerseits die Kinder und Jugendlichen. Die Zahlen lassen vermuten, dass sie nicht in einem größeren Maße Long-COVID bekommen, aber so richtig wissen wir das noch nicht.

Des Weiteren sind für mich als Internistin diejenigen Patienten interessant, die vorher schon krank waren und bei denen COVID bzw. Long-COVID noch obendrauf kommt. Müdigkeit, Atemnot, Herzbeschwerden können sich verstärken. Wir müssen herausfinden, wie viel davon auf die ursprüngliche schwere Grunderkrankung zurückgeht und wie viel Long-COVID ist. - Das ist unfassbar schwierig, aber auch diesen Patientinnen und Patienten muss man gerecht werden.

Zu den Versorgungsangeboten ist heute Morgen sicherlich schon viel gesagt worden - ich konnte leider noch nicht von Anfang an dabei sein. Grundsätzlich gilt: Wir haben das gegliederte soziale Sicherungssystem - gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Unfallversicherung. Es gibt und gab schon vor Corona Settings für alle Bedarfe. Die Frage ist nur: Reichen diese Settings aus, und werden sie den sehr heterogenen Patientengruppen überhaupt gerecht? - Wenn wir ehrlich sind, müssen

wir sagen: Wir wissen nicht, ob Long-COVID nach sechs oder acht Monaten vorbei ist. Vielleicht dauert es auch noch viel länger, und vielleicht kommen noch andere Beschwerden dazu. Dafür kennen wir das alles noch nicht lange genug.

Ein relevanter Teilaspekt beim Thema Versorgungsangebote ist, wie es bei den Long-COVID-Patienten nach der Reha weitergeht: Sind sie dann wieder arbeitsfähig?

Am Anfang waren sehr viele Mitarbeiter aus den Gesundheitsfachberufen betroffen, auch bei uns im Krankenhaus. Viele dieser Schwestern und Ärzte haben Schwierigkeiten, wieder vollschichtig in ihrem sehr anspruchsvollen Beruf zu arbeiten. Es geht also um die Anerkennung von Long-COVID als Berufskrankheit, um die Wiedereingliederung ins Berufsleben. Wird eine COVID-Erkrankung als Arbeitsunfall eingeordnet?

Weitere Aspekte, die mir sehr wichtig sind, sind der schwere Krankheitsverlauf bei multimorbiden Patienten, bei Patienten mit anderen chronischen Vorerkrankungen sowie die ambulante Rehabilitation.

Für mich sind die hausärztliche Versorgungsebene zusammen mit der ambulanten Rehabilitation der wichtige Faktor im Umgang mit Long-COVID-Patienten. Aber bei der ambulanten Rehabilitation gibt es, glaube ich, noch viel Luft nach oben.

Das Ganze ist unfassbar komplex. Man kann nicht nur eine pneumologische, eine kardiologische oder eine neuropsychiatrische Reha anbieten, sondern wir brauchen multimodale Therapiekonzepte: Die Physiotherapie muss dabei sein, die Ergotherapie, die Neuropsychologie, die Psychotherapie, die Logopädie, die Ernährungsberatung. Jeder Patient hat Beschwerden in anderen Segmenten, und man kann nicht alle in einen Topf werfen.

Ein besonderes Augenmerk möchte ich auf die ambulanten Reha richten. Unter den jungen Patientinnen und Patienten sind häufig Mütter und Väter, die zu Hause ihre Familien versorgen müssen. Die können nicht monatelang eine stationäre Reha machen, sondern die brauchen möglichst zügig ein wohnortnahes ambulantes oder gegebenenfalls teilstationäres Angebot.

Gleiches gilt für Kinder. Die kann man nicht wochen- und monatelang aus ihrem Zuhause nehmen. Nein, die sollen möglichst in ihrem Umfeld bleiben. Kinder, die zur Schule gehen, haben

spezielle Bedürfnisse. Denen muss man gerecht werden, und da gibt es noch einen erheblichen Bedarf.

Und was passiert nach der Reha? - Herr Dr. Berndt hat es gesagt: Der Patient war beim Hausarzt, es wurde Long-COVID festgestellt, er ist zur ambulanten Reha geschickt und irgendwann wieder entlassen worden. Der Zustand hat sich verbessert, aber er ist noch nicht gut. Wie geht es dann mit der Nachsorge weiter? Wer kümmert sich neben den Hausärzten und neben den Kinder- und Jugendärzten in diesem rehabilitativen Konzept qualifiziert weiter um die Patienten?

In meiner Recherche bin ich auf das Stichwort Telenachsorge bzw. digitale Nachsorge gestoßen: Reha-Zentren sollen nach einer stationären oder ambulanten Reha auch noch Telenachsorge anbieten. - Davon habe ich noch nicht viel gehört, aber fände es spannend, das aufzugreifen.

Abschließend zu den Versorgungsstrukturen. Wir haben in Niedersachsen 174 aktive Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Davon sind 32 % im ambulanten Bereich und 54 % im stationären Bereich tätig. 32 % von 174 im ambulanten bzw. niedergelassenen Bereich - das sind in einem Flächenland wie Niedersachsen nicht viele. Da kann man sicherlich noch nicht von einer niedrighwelligen wohnortnahen Versorgung sprechen.

Des Weiteren haben wir in Niedersachsen zwölf Reha-Kliniken, die explizit sagen, dass sie sich in der Lage sehen, Long-COVID-Patienten zu behandeln.

Wie viele es bei den ambulanten Reha-Zentren sind, die explizit sagen, dass sie Long-COVID-Patienten behandeln, weiß ich nicht. Hier sind noch strukturelle Abfragen erforderlich.

Ich wünsche mir eine Internetseite, auf der steht, welche Reha-Strukturen in der jeweiligen Region vorhanden sind. Wir als Ärztekammer müssten überlegen, ob wir nicht zumindest Strukturdaten im Internet bereitstellen. In Bayern gibt es Entsprechendes für ambulant tätige Kolleginnen und Kollegen, die in Netzwerken tätig sind.

Herr Schwarz und Herr Meyer sprachen die Fort- und Weiterbildung an. Ja, selbstverständlich würden wir hier mehr tun - wenn wir denn wüssten, was wir fort- und weiterbilden sollen. Das ist doch das Problem.

Bis wir das für den Nachwuchs in der Weiterbildungsordnung haben, brauchen wir noch Falldefinitionen, Ursache, Diagnose, Therapie. Das wird noch etwas dauern.

Bei der Fortbildung sind wir am Ball. Wir können aber immer nur das anbieten, was es tagesaktuell gibt. Aber das machen wir auch.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich habe heute Morgen, nachdem Professor Gutenbrunner vorgetragen hatte, angemerkt, dass sich Facharztdisziplinen manchmal durch das Auftreten neuer Krankheitsbilder entwickeln. Als wir seinerzeit die jahrzehnte andauernde Tbc-Welle hatten, gab es noch viele Lungenfachärzte. Die gibt es jetzt nicht mehr in diesem Ausmaß. Aber COVID-19 ist nach allem, was wir gehört haben, in erster Linie eine Erkrankung der Atemwege.

Wir brauchen interdisziplinäre Teams, aber wir brauchen offensichtlich auch schwerpunktmäßig ausgebildete Fachärzte. Wie schätzen Sie da die Entwicklung ein?

Und: Wie sehen Sie das beim Reha-Bereich? Es ist ja leider nicht so, dass wir nur auf einen Knopf drücken müssen, und dann sind die interdisziplinären Teams auch schon da, sondern es fehlen ja sehr viele Einzelelemente, insbesondere was die Facharztausrichtung betrifft. Wie geht die Ärztekammer damit um?

**Dr. Martina Wenker:** Zur ersten Frage. Ich selbst bin Vollblut-Internistin. Ich habe zunächst Innere Medizin gelernt und in der Inneren Medizin dann Kardiologie, Pneumologie, Nephrologie, Onkologie und Endokrinologie.

Ich bin schon immer der Meinung gewesen, dass der General-Internist neben dem Facharzt für Allgemeinmedizin derjenige Arzt ist, der den Überblick hat. Deswegen bin ich froh, dass es von meiner Art noch eine ganze Reihe Kolleginnen und Kollegen gibt.

Weil ich eben auch General-Internistin bin, kann ich auch als Pneumologin erkennen, ob ein Patient Herzrhythmusstörungen hat, ob der Zucker entgleist ist oder ob der Blutdruck zu hoch ist. Für mich heißt das, dass wir die generalistische Aus- und Weiterbildung erhalten müssen. Da rennen Sie bei mir berufspolitisch offene Türen ein.

Wir können nicht jedes Spezialgebiet mit einem Facharzt abdecken. Das wäre auch unsinnig; denn vielleicht kommt in ein paar Jahren ein an-

deres Virus, das ganz woanders andockt. SARS-CoV-2 zeigt uns ja, dass es vor Gebiets- und Teilgebietsgrenzen nicht haltmacht.

Keine Frage: Wir brauchen die Spezialisten. Ich bin mir sicher, dass es auch bei den physikalischen Ärzten und den Reha-Medizinerinnen noch Teilspezialitäten gibt. Der Allgemeinarzt ist vielleicht Spezialist für Diabetologie oder Ähnliches. Aber mein Plädoyer ist: Der Spezialist in seinem Fach braucht eine breite generalistische Aus- und Weiterbildung, und dann sattelt man drauf. - Ich finde, das ist das, was wir aus der Pandemie lernen müssen.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Das leuchtet ein. Aber es gab ja auch den Vorschlag, Schwerpunktpraxen zu bilden. Wie sehen Sie das?

**Dr. Martina Wenker:** Wenn man jetzt Schwerpunktpraxen für Long-COVID bildet, und in drei Jahren kommt ein SARS-CoV-3, das vielleicht woanders andockt, dann haben wir wieder ein Problem.

Es gibt ja durchaus Ärztinnen und Ärzte, für die COVID bzw. Long-COVID ein spannendes Thema ist, in das sie sich auch so richtig einarbeiten. Ich bin so eine Ärztin. Aber bei uns in der Klinik gibt es eben auch Kolleginnen und Kollegen, die am liebsten den ganzen Tag interventionelle Bronchologie machen.

Es gibt bei uns die interventionellen und die konservativen Pneumologen. Ich gehöre mehr zu den konservativen Pneumologen und finde die Infektiologie seit jeher ungeheuer spannend. Wenn zu uns Patienten mit COVID-Symptomen kommen, dann werde in der Regel ich und nicht mein Oberarztkollege angerufen, weil alle wissen, dass ich mich damit mehr beschäftige als er.

In diesem Sinne würde ich die Schwerpunktbildung sehen. Das muss aber auch jeder für sich entscheiden.

Zur zweiten Frage von Herrn Schwarz. Wir haben uns angeschaut, wie viele Reha-Zentren auf ihrer Homepage ausdrücklich sagen, dass sie sich in der Lage sehen, Long-COVID-Patienten zu behandeln. Das sind insgesamt zwölf.

So ähnlich könnte ich mir das für den ambulanten Bereich oder auch für die Ambulanzen der Kliniken vorstellen. Es gibt welche, die sich schon ausgewiesen damit befasst haben, und es gibt welche, die andere Schwerpunkte setzen.

Das muss transparent sein. Das muss man für die Patienten publizieren und im Internet bereitstellen, vielleicht sogar im Rahmen unserer Arztauskunft Niedersachsen. Ich nehme das mal als Anregung mit.

\*

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Damit sind wir am Ende unserer Vormittagssitzung angelangt. Wir setzen die Anhörung in unserer Nachmittagsitzung fort.

Ich bedanke mich bei Ihnen allen für Ihre Ausführungen.

\*\*\*