



Wortprotokoll der 174. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 7. Juni 2021, 12:45 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Spätfolgen der Corona-Erkrankung ernst nehmen – Long-Covid-Behandlungszentren etablieren

BT-Drucksache 19/29267

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenab-
schätzung

Berichterstatter/in:

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]



- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Andreas Wagner, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Long-COVID als Berufskrankheit anerkennen und die Versorgung Betroffener sicherstellen

BT-Drucksache 19/29270

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Wirtschaft und Energie

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Berichtersteller/in:

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Knoerig, Axel Lezius, Antje Nordt, Kristina Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 12:55

Der Vorsitzende, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu unserer zweiten Anhörung am heutigen Tag. Das ist die 174. Sitzung. Ich freue mich, auch die Zuschauerinnen und Zuschauer, die Sachverständigen und die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung begrüßen zu können. Wir veranstalten diese Anhörung wieder als Mischung aus Präsenzsitzung und Onlinemeeting mit den Sachverständigen. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen anzumelden, sodass ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Bitte das Mikrofon stummschalten. Meine Damen und Herren, in der heutigen Anhörung geht es um zwei Anträge zum Thema Long-Covid, nämlich um den Antrag der Fraktion der FDP „Spätfolgen der Corona-Erkrankung ernstnehmen, Long-Covid-Behandlungszentren etablieren“ und den Antrag der Fraktion DIE LINKE „Long-Covid als Berufskrankheit anerkennen und die Versorgung Betroffener sicherstellen“. Als Long-Covid bezeichnet man mögliche Langzeitfolgen von Covid-19, bei denen Symptome auch nach der akuten Erkrankung weiter bestehen. Bisher sind sie schwer einzuordnen und es gibt auch noch keine einheitliche Definition. Betroffene klagen häufig über das Fatigue-Syndrom, also eine chronische Erschöpfung, sowie über Depression, Kurzatmigkeit oder Muskelschwäche. Die Fraktion der FDP befürchtet, dass Long-Covid-Fälle das Gesundheitssystem über die eigentliche Pandemie hinaus lange belasten könnten. Es sei wichtig, den Betroffenen frühzeitig Hilfe anzubieten. Die FDP schlägt daher mit ihrem Antrag vor, deutschlandweit spezielle Long-Covid-Behandlungszentren einzurichten, um die daran Erkrankten engmaschig zu betreuen und um ausführliche Forschung zu ermöglichen. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE bezieht sich auf Corona-Erkrankungen von Beschäftigten, bei denen die Ansteckung am Arbeitsplatz erfolgt ist. Daneben sehen auch die Linken einen steigenden Bedarf an Behandlungsmöglichkeiten für die Langzeitfolgen von Covid-19. Sie beantragen daher arbeitsbezogene Corona-Erkrankungen als Berufskrankheit anzuerkennen und flächendeckend unabhängige Beratungsstellen für Betroffene von Berufskrankheiten zu schaffen. Diese interessanten

Vorhaben werden wir in der kommenden Stunde mit unseren Expertinnen und Experten diskutieren. Bevor wir anfangen, hier noch einige kurze Infos zum Ablauf der Anhörung. Die Anhörung dauert insgesamt 60 Minuten. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen. Es wird immer eine Frage an einen Sachverständigen oder eine Sachverständige gestellt. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, nur so können wir viele Fragen und viele Antworten hören. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Frage daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Sobald Sie ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie hier bei uns im Saal auf dem Videowürfel zu sehen. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Interessierte Besucher haben die Gelegenheit, sich im Rahmen eines Kontingentes anzumelden und ohne Rede- und Frage-recht über Webex an dieser Anhörung teilzunehmen. Nach dieser Sitzung wird das Webex-Video in die Bundestagsmediathek eingestellt. Ich danke zudem den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Die erste Frage stellt die FDP-Fraktion. Frau Aschenberg-Dugnus, Sie haben das Wort.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Prof. Lehmann. Sie haben erst kürzlich als Co-Autorin eine Studie im angesehenen Lancet Journal zu Long-Covid veröffentlicht. Wären Sie so freundlich, uns die wesentlichen Ergebnisse zu erläutern?

ESVe **Prof. Dr. Clara Lehmann**: Wir haben eine Studie bei etwa 1 000 Genesenen durchgeführt. Die haben wir in Köln relativ früh, also im April 2020, gestartet, weil wir in Nordrhein-Westfalen relativ früh betroffen waren. Sie erinnern sich, wir hatten eine Karnevalsfeier hier in Heinsberg und diese 1 000 Genesenen haben sich regelmäßig bei uns vorgestellt. Wir haben sie regelmäßig untersucht und sind mit ihnen Fragebögen und Fragen durchgeführt und haben Blutuntersuchungen durchgeführt. Das mittlere Alter dieser Genesenen lag bei



43, also junge Patienten. 98 Prozent hatten einen milden Verlauf, das heißt, sie waren nicht hospitalisiert und hatten keine wesentlichen Vorerkrankungen. Wir konnten beobachten, dass nach etwa sieben Monaten zwischen zwölf und 25 Prozent dieser Genesenen weiterhin Beschwerden hatten, die vor der Covid-Erkrankung nicht vorlagen. Die Hauptbeschwerden waren dabei vor allen Dingen Geruchs- und Geschmacksveränderungen, Luftnot, also Dyspnoe, aber auch Fatigue. Insbesondere interessant ist es, dass Frauen etwa doppelt so häufig betroffen waren wie Männer. Als Prädiktoren, so nennen wir das, also als Vorhersagewerte konnten wir folgendes identifizieren: Einmal Durchfall während der akuten Phase der Erkrankung, eine Anosmie, also Geruchsveränderung während der akuten Phase der Erkrankung, aber vor allen Dingen auch ein niedriger Ausgangswert der Antikörper zum Ende der akuten Phase. Das sind die Ergebnisse, die wir beobachten konnten. Wir sind jetzt dabei, die zwölf- beziehungsweise fünfzehn Monatsdaten dieser Genese zu analysieren, um weitere Auswertungen machen zu können.

Abg. **Andreas Wagner** (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an Frau Prof. Scheibenbogen. Könnten Sie uns trotz aller Unsicherheit eine vorläufige Einschätzung darüber geben, was nach Ihrer Einschätzung mit Long-Covid und Post-Covid-Syndromen noch in Bezug auf den medizinischen Versorgungsbedarf, aber auch an gesamtgesellschaftlichen Folgen auf uns zukommt, auch hinsichtlich der Erkrankung im ICFS?

ESVe **Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen**: Wir haben ja gerade von Frau Dr. Lehmann schon eine gute Übersicht bekommen, dass viele, auch Jüngere und nicht so schwer Erkrankte an Langzeitfolgen leiden. Wir wissen auch, so wie Frau Dr. Lehmann das schon dargestellt hat, dass diese Patienten an unterschiedlichsten Folgezuständen leiden. Ein Teil dieser Menschen ist schwerkrank, die haben also vielfältigste Symptome. Viele sind auch nicht arbeitsfähig. Wir haben im Sommer eine Sprechstunde eingerichtet für diese Patienten und haben die erste Kohorte auch als Treat Trend inzwischen veröffentlicht und wir sehen, dass von den Schwerkranken etwa die Hälfte das Vollbild eines chronischen Fatigue-Syndroms hat, wie wir es auch nach anderen Infektionen kennen. Diese sind entweder gar

nicht mehr arbeitsfähig oder nur noch teilarbeitsfähig. Wir sehen eine ganze Reihe von weiteren Patienten, die ähnlich schwerkrank sind und ein Krankheitsbild haben, dass wir noch gar nicht so genau kennen. Das hat natürlich enorme Folgen, da diese Patienten ja überwiegend im Alter zwischen 30 und 50 voll berufstätig waren, also nicht nur nicht mehr berufstätig sind, und natürlich auch sekundär Kosten entstehen für das Gesundheitssystem. Das große Problem für diese Patienten, dass wir momentan auch keine Konzepte haben, wie man das heilen kann, sodass wir nur eine symptomorientierte Versorgung anbieten können und wir hier das große Problem haben, dass wir hierfür gar keine ausreichenden Versorgungsstrukturen haben.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich würde gerne den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung fragen, ob er uns seine statistischen Angaben zur Häufigkeit und Schwere von Long-Covid mitteilen kann.

SV **Dr. Bernhard Egger** (GKV-Spitzenverband): Es gibt ja eine ganze Reihe von wissenschaftlichen Publikationen im In- und Ausland, die Angaben zu den Häufigkeiten von Long-Covid machen. Die Zahlen hängen immer sehr stark davon ab, welche Gruppe von Covid-Patientinnen und -Patienten dort untersucht worden ist. Die Angaben schwanken in einem sehr breiten Bereich zwischen fünf Prozent bis zu fünfzig Prozent hoch, wobei die fünfzig Prozent sich beziehen auf Patientinnen und Patienten, die länger und sehr schwerwiegend auf Intensivstationen behandelt worden sind. Eigene Zahlen aus dem Bereich der Statistik der Gesetzlichen Krankenkassen gibt es leider noch nicht, weil wir mit unseren Daten das Problem des Zeitverzugs haben. Die Krankenkassen bekommen die ambulanten Abrechnungsdaten erst mit neun Monaten Verzögerung. Wenn man bei der ersten Welle beginnt und im Grunde die Mindestzeit mit draufrechnet, die es dauert, bevor man von Long-Covid sprechen würde, und noch die Zeitverzögerung, mit der wir die Daten bekommen, berücksichtigt, haben wir dazu im Moment noch keine aussagekräftigen Daten. Die entsprechenden Auswertungen wären jetzt ab dem dritten Quartal langsam möglich und ich gehe auch davon aus, dass Krankenkassen



dort entsprechende Daten nachliefern werden. Im Moment muss ich leider passen, was diese Zahlen angeht.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht auch an den GKV-Spitzenverband. Im FDP-Antrag wird gefordert, Long-Covid-Behandlungszentren als neuen § 116c im SGB V zu verankern. Halten Sie eine solche Regelung für sachgerecht?

SV **Dr. Bernhard Egger** (GKV-Spitzenverband): Also die Regelung, davon gehe ich aus, wäre angelehnt an die derzeit bestehende Regelung nach § 116b SGB V. Dort sind adressiert schwere, schwer therapierbare, komplexe Erkrankungen, die eine spezielle interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Betreuung erfordern und dafür definierte fachgruppenübergreifende Behandlungsstrukturen initiiert. Nach meiner Einschätzung sind die Voraussetzungen dafür, so etwas bei Long-Covid zu etablieren, derzeit noch nicht gegeben. Also es war schon gerade gesagt worden, dass die Behandlung derzeit überwiegend eine symptomorientierte pragmatische Behandlung ist, sodass also letztendlich komplexe Therapieansätze, die leitlinienbasiert, evidenzbasiert erst entwickelt werden müssten, derzeit noch nicht, sagen wir mal so, in wissenschaftlich unstrittiger und breit konsentierter Form zur Verfügung stehen. Das zweite Problem ist, dass wir zur Epidemiologie letztendlich noch nicht genügend wissen, um sagen zu können, dass wir hier jetzt schon spezielle Behandlungszentren einrichten sollten. Deshalb wäre die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes, dass die Betreuung der Betroffenen jetzt in den üblichen Strukturen der Versorgung stattfindet. Entsprechende Initiativen, sowohl im Bereich der niedergelassenen als auch bei den Klinikambulanzen, wie die Expert*Innen hier in der Anhörung zum Teil auch schon berichtet haben, werden etabliert. Dann wird man die weitere Entwicklung, auch die Entwicklung der wissenschaftlichen Datenlage nach unserer Vorstellung besser abwarten, um dann auf einer besseren Wissensgrundlage Entscheidungen für die Zukunft zu treffen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Dr. Frommhold von der Median-Klinik in Heiligendamm. Frau Dr.

Frommhold, sowohl im Antrag der FDP als auch im Antrag der Linken taucht in der Überschrift der Begriff Long-Covid auf. Im Antragstext wird bei beiden allerdings Long-Covid und Post-Covid in einem Zuge genannt. Ihrer schriftlichen Stellungnahme konnten wir entnehmen, dass es sich hierbei aber doch wohl um ganz unterschiedliche Dinge handelt. Können Sie die Unterschiede mal kurz aufzeigen und uns auch etwas zur Häufigkeit und auch zur Dauer der beiden Syndrome sagen?

ESVe **Dr. Jördis Frommhold**: Vielen Dank für die Möglichkeit, hier über unseren klinischen Alltag zu berichten. Wir haben seit April letzten Jahres über 800 Patienten, mittlerweile schon 900 Patienten in unserer Klinik alleine mit Long-/Post-Covid-Symptomen behandelt und ich denke aus der klinischen Erfahrung heraus ist es ganz wichtig, dass wir diese Patientengruppen voneinander unterscheiden. Es gibt nämlich nicht nur die Genesenen, sondern es gibt verschiedene Gruppen. Zum Beispiel ist die Gruppe 1 die Gruppe, die bei uns in der Rehaklinik überhaupt nicht symptomatisch wird, nicht auffällt. Das sind Patienten mit sehr milden Akutverläufen, die dann auch wirklich genesen sind und keine Symptome mehr haben. Dann gibt es aber die Gruppe 2. Das sind Patienten mit einem klinisch sehr schweren Akutverlauf, Langzeitbeatmung, Intensivpflichtigkeit und so weiter, die dann doch auch sehr typische, in diesem Fall würde ich sie als Post-Covid-Symptome bezeichnen, entwickeln, bestehend aus Leistungsminde- rung, aus neurologischen Einschränkungen im Sinne einer Critical-Illness-Polyneuropathie, aber eben auch durch ein sehr ausgeprägtes falsches Atemmuster. Sie neigen zu Schonatmung und zu Hyperventilation. Diese Patienten, kann man vielleicht sagen, dass die Post-Covid-Symptome noch so ein bisschen zum Akutverlauf dazugehören, wie wir sie eben auch bei anderen intensivpflichtigen Patienten sehen. Auffällig bei den Covid-Patienten ist allerdings, dass wirklich diese sehr ausgeprägte falsche Atemtechnik vorherrscht, dass, wenn das weiter beibehalten wird, auch keine Leistungssteigerung möglich ist und dass sie eine deutlich verlängerte Rekonvaleszenz haben. Was wir aber auch sehen, und was wir auch in eigenen Studien schon belegen konnten, dass gerade diese Patienten extrem gut von rehabilitativen Maßnahmen profitieren, insbesondere die Verfahren zur Atemmechanik-Wiederherstellung, aber eben auch Kondition-



und Ausdauertraining. Die Gruppe 3 ist die Gruppe, die mir persönlich am meisten Sorgen macht und die wirklich auch abgegrenzt werden muss in dem Symptomverlauf. Diese Patienten haben häufig einen milden bis moderaten Akutverlauf. Es sind praktisch die Patienten, die auch von meinen beiden Vorredner*Innen beschrieben wurden. Die sehen wir ganz klar auch so und wir können auch genauso die Altersverteilung einschätzen, zwischen 20 bis 50, häufiger Frauen denn Männer, also zwei Drittel, ein Drittel bei uns ungefähr. Diese Patienten entwickeln nach einem akut milden bis moderaten Verlauf mit einer Latenz erneut Symptome. Da sind dann sehr häufig die Fatigue-Symptomatik dabei, aber auch neurologisch-kognitive Einschränkungen im Sinne von Wortfindungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Reizüberflutung.

Abg. Dr. Roy Kühne (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Halten Sie ein Long-Covid-Register für fachlich sinnvoll?

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband): Bei einem Register muss zunächst immer die Frage geklärt werden, mit welcher Zielsetzung wird ein Register aufgelegt und was soll genau erfasst werden? Es gibt Register, die letztendlich primär die Häufigkeit von Erkrankungen erfassen sollen, es gibt Register, die die Behandlungsverläufe, Therapieverbesserungen, Therapieplanung, Qualitätssicherung zum Ziel haben. Da denke ich, ist es auch zu früh, jetzt ein Register, ein bundesweites Register, womöglich über ein Gesetz auf den Weg zu bringen, was in der Umsetzung dann erfahrungsgemäß immer relativ lange dauern wird, wo man derzeit eigentlich noch nicht sicher beurteilen kann, welche Bereiche, was soll eigentlich erfasst werden und wo lohnt sich auch der erhebliche Aufwand und natürlich auch die erheblichen Dokumentationspflichten, die für die Leistungserbringer dafür entstehen, für einen solchen Ansatz. Deshalb würde ich persönlich sagen, dass das jetzt zu früh ist. Intensivieren sollte man die Anstrengungen für die Gesundheitsberichterstattung in dem Bereich und die Förderung von Netzwerken, die sektorenübergreifend letztendlich Kliniken, Klinikambulanzen, niedergelassenen Ärzte, vertragsärztliche Versorgung durch eine ganz gezielte Forschungsförderung, wie sie auch schon vom Forschungsministerium angekündigt worden ist, sich zu Kompetenz-

und Berichtnetzwerken zusammentun und in dieser Frühphase, in der wir uns letztendlich befinden, für die nähere Beschreibung und Erforschung dieses Symptomkomplexes die erforderlichen Daten liefern, die uns weitere Planungen ermöglichen.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage geht ebenfalls an die Einzelsachverständige Frau Prof. Lehmann. Wie schätzen Sie langfristig die Belastung von Long-Covid-Fällen für unser Gesundheitssystem ein und wird Ihrer Ansicht nach Long-Covid über die Pandemie hinaus anhalten?

ESVe Prof. Dr. Clara Lehmann: Wie bereits schon erläutert, ist die Häufigkeit des Long-Covid-Syndroms, also insbesondere bei milden Verläufen, nicht richtig bekannt, weil die Studien untereinander sich nicht gut vergleichen lassen. Das heißt, wir wissen nicht genau, wie hoch der Anteil tatsächlich ist und wir wissen auch noch nicht genau, wie lange diese Beschwerden andauern werden. Wenn wir jetzt aber davon ausgehen, wenn wir für Deutschland sprechen, dass zum Beispiel anhand unserer Kohorte nach etwa sieben bis acht Monaten zwischen zwölf und 25 Prozent der milden Covid-Fälle, weiterhin Beschwerden im Sinne eines Long-Covid-Syndroms haben, dann bedeutet das für Deutschland, dass wir, also wenn wir rechnen, 3,7 Millionen Infizierte, irgendwann Genesene, werden wir dann haben. Davon sind 80 Prozent ambulant, das entspricht etwa 2,9 Millionen. Und wenn wir jetzt rechnen, etwa zwischen zwölf und 25 Prozent, entspricht das irgendwas zwischen 350 000 und 400 000 Betroffene, die wir möglicherweise hier in Deutschland betreuen müssen. Das hat natürlich enorme medizinische und soziale Folgen. Wir haben dieses Krankheitsbild nicht richtig verstanden, die Vorredner haben das auch schon genannt. Das heißt, es ist dringend notwendig, dass wir interdisziplinär arbeiten, dass wir mit den Hausärzten, die hier eine ganz zentrale Rolle spielen, eng zusammenarbeiten. Für mich ist es so, dass es ein ganz großes Problem ist, dass die Betreuung von diesen Patienten hochkomplex und nicht im Vergütungssystem abgebildet ist. Es ist nicht so, dass diese Patienten mit irgendeinem Blutmarker, einem biologischen Marker oder irgendwas abgespeist werden können, überhaupt nicht. Es erfordert eine Anamnese, die sehr intensiv ist. Und Sie müssen sich



vorstellen, die Erstgespräche, die wir mit diesen Menschen führen, das dauert insgesamt ungefähr eine Stunde. Das ist im Vergütungssystem nicht abgebildet. Ich leite hier eine Ambulanz an der Uniklinik Köln, wo wir viele andere Patienten mit Infektionen betreuen, aber wir haben zwei ganze Tage, wo wir nur solche Patienten mit einem Long-Covid-Syndrom betreuen. Das Personal muss bezahlt werden, die Untersuchungskosten müssen bezahlt werden und das lässt sich mit den aktuellen Vergütungsmöglichkeiten in keiner Weise abbilden. Deswegen denke ich, dass es enorm wichtig ist, dass wir hier in diese Richtung auch weiterkommen.

Abg. **Andreas Wagner** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an Frau Prof. Scheibenbogen. Welche Versorgungsstrukturen brauchen wir aus Ihrer Sicht, um Long- und Post-Covid-Patient*Innen gut behandeln zu können und was muss noch getan werden, um die Betroffenen gut versorgen zu können? Was können wir hier von Initiativen im Ausland lernen?

ESVe **Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen**: Ich kann mich da nur dem anschließen, was Frau Dr. Lehmann schon ausgeführt hat. Wir haben es mit vielen Patienten zu tun, die teilweise sehr schwere und komplexe Erkrankungen haben, die wir teilweise auch noch gar nicht kennen. Ich muss leider dem Vertreter der GKV widersprechen, die können wir nicht einfach so in den üblichen Strukturen mit einbinden, denn wir hatten ja auch schon vorher viel zu tun und das sind sehr viele Patienten. Die sind sehr aufwändig, weil wir teilweise umfassende Diagnostik machen müssen, weil die Folgen von Covid auch so vielfältig sein können. Das Besondere ist, dieses Virus kann nahezu jedes Organ befallen und auch dort Langzeitschäden hervorrufen. Und dann haben wir es insbesondere mit diesem komplexen Krankheitsbild, diesem chronischen Fatigue-Syndrom zu tun, wo wir schon vorher keine guten Versorgungsstrukturen hatten. Was brauchen wir also? Wir brauchen unbedingt Zentren, am besten an Universitätskliniken, wo wir interdisziplinär zusammenarbeiten, wo wir klare Konzepte haben, wie wir die Diagnose stellen, wie wir die Patienten betreuen. Wir brauchen eine enge Vernetzung mit den niedergelassenen Ärzten, da gibt es bereits eine Reihe von Corona-Praxen, und

wir brauchen eine enge Zusammenarbeit mit den Reha-Zentren, die diese Patienten übernehmen. Für viele dieser Patienten haben wir bislang auch keine kurative Behandlung. Wir müssen daher umso mehr schauen, wie können wir die Patienten zumindest soweit rehabilitieren, dass sie im Arbeitsleben und im sozialen Leben noch einigermaßen funktionieren können. Die Frage, was können wir uns anschauen, was können wir von anderen lernen. Schauen wir zum Beispiel nach England. Dort sind gerade 34 Millionen Pfund bereitgestellt worden für insgesamt 83 solcher Covid-Ambulanzen und Zentren. Genau sowas bräuchten wir auch in Deutschland, sowas gibt es in Deutschland bislang nicht. Im Netzwerk Universitätsmedizin, wo sehr viel Geld reingeflossen ist, geht es bislang fast ausschließlich um die Versorgung und Nachsorge der schwer erkrankten Covid-Patienten. Die fünf Millionen, die jetzt aktuell vom BMBF für die Long-Covid-Erforschung und -versorgung bereitgestellt worden sind, reichen bei weitem nicht aus, um diesen Problemen Herr zu werden.

Abg. **Andreas Wagner** (LINKE.): Ich habe jetzt eine Frage an Herrn Schöning von der Patienteninitiative Long-Covid Deutschland. Die Bundesregierung fördert verschiedene Forschungsprojekte zu Long-Covid. Das wissen wir. Ist dieses Engagement nach Ihrer Ansicht ausreichend? Was würden Sie sich hier von der Bundesregierung wünschen? Das würde mich interessieren.

SV **Simon Schöning** (Long Covid Deutschland): Ich spreche heute in Vertretung von Long-Covid Deutschland und Leben mit Covid-19, zwei Patienteninitiativen mit mehreren tausend Long-Covid-Betroffenen, die jetzt seit nunmehr einem Jahr bestehen. Zur Frage von Herrn Wagner. Unserer Ansicht nach findet aktuell keine angemessene Förderung von Forschungsvorhaben zu Long-Covid durch die Bundesregierung statt. Ich schließe mich damit auch meiner Vorrednerin, Prof. Dr. Scheibenbogen, an. Wie auch schon geschrieben, das Netzwerk Universitätsmedizin, das dazugehörige Teilverhaben, Nationales Pandemie-Kohorten-Netz sowie auch die jetzt kürzlich annoncierte „Corona-Monitoring lokal“-Beobachtungsstudie des Robert-Koch-Instituts befassen sich nach eigenen Angaben vielmehr nicht mit den Langzeitfolgen einer Covid-



19-Erkrankung. Die Förderung von gezielten Forschungsvorhaben zu Long-Covid als eigenständiges Krankheitsbild mit dem Ziel, wirksame Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen abzuleiten, wurde durch das Netzwerk Universitätsmedizin auch nach mehrfachen Anträgen bisher nicht ermöglicht. Fünf Millionen Euro zur Förderung von Forschungsvorhaben zum Spätsyndrom von Covid-19 durch das BMBF, die jetzt kürzlich bekanntgegeben wurden, sind natürlich zu begrüßen. Aber auch da schließe ich mich meiner Vorrednerin an, es ist nicht ansatzweise genug, um der Long-Covid-Krise in Deutschland gerecht zu werden. Angesichts der akuten Notlage bei der flächendeckenden Versorgung von Long-Covid-Patient*Innen, insbesondere im ambulanten Bereich, wäre es sinnvoll, umgehend gesonderte Förderbereiche zu schaffen, zum Beispiel innerhalb des Netzwerks Universitätsmedizin oder dem Nationalen Pandemie Kohorten Netz mit niedrigen bürokratischen Hürden und schnellen Vergabeverfahren. Denkbar wäre hier auch eine gezielte finanzielle Förderung von Vorhaben zur besseren Versorgungsplanung auf der lokalen Ebene. Und auch hier nochmal in Bezug auf die vorherige Frage, im internationalen Vergleich, ich denke, es ist wichtig, das zu betonen, befindet sich Deutschland aktuell nicht in einer leitenden Position, was die Handhabung von Long-Covid angeht, insbesondere was Vorhaben zur Forschung, zur Therapie des Krankheitsbildes anbelangt. Im Gegenteil. Unserer Einschätzung nach werden hier durch fehlende Priorisierung um ein vielfaches höhere volkswirtschaftliche langfristige Kosten für das Gesundheitssystem und das soziale System in Deutschland riskiert. Wir appellieren daher an die Bundesregierung, an den Gesundheitsausschuss, dass hier dringend mehr Forschung betrieben werden muss und diese muss unbedingt gefördert werden.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Frau Dr. Frommhold. Auch Sie schlagen den Aufbau von Long-Covid-Kompetenzzentren vor. Können Sie beschreiben, wo solche Zentren aus Ihrer Sicht angesiedelt werden sollten, welche Aufgaben sie übernehmen müssten und wie eine Vernetzung der relevanten Einrichtungen untereinander gelingen

kann? Gerne können Sie auch Ihre Ausführungen zur dritten Gruppe, die Sie gerade charakterisierten und die Ihnen besondere Sorgen macht, noch ergänzen.

ESVe **Dr. Jördis Frommhold**: Ja, das mache ich gerne. Also die dritte Gruppe umfasst tatsächlich Patienten, die häufig noch sehr jung sind und sich eher schwierig, auch rehabilitativ, behandeln lassen. Diese Gruppe fällt häufig durch das Raster, weil die Patienten gar nicht hospitalisiert waren und dementsprechend ist es im Moment für diese Patienten extrem schwer, irgendwo überhaupt Anlaufstellen zu bekommen, an die sie sich wenden können. Daher zielt auch meine Forderung dahingehend, dass wir nicht nur Post-Covid-Ambulanzen, sondern Long-Covid-Kompetenzzentren entwickeln, die natürlich spezialisiert sind. Wie meine Vorredner auch schon gesagt haben, es ist ein sehr interdisziplinäres Krankheitsbild, es spielen viele Aspekte zueinander. Für mich ist es wichtig, dass die Patienten Anlaufstellen bekommen, um zunächst erstmal die notwendige Umfelddiagnostik zu bekommen, dann auch die Diagnose Long-Covid, die letztendlich weiterhin eine klinische ist, stellen zu können, aber dann auch, was machen wir mit diesen Patienten, wenn medikamentöse Therapieansätze momentan noch nicht verfügbar sind? Es wäre sehr sinnvoll, dass diese Kompetenzzentren die Patientenströme leiten, das man zum Beispiel schaut, welche Möglichkeiten haben wir denn aus der rehabilitativen Medizin, vielleicht auch erstmal ambulant? Reicht das möglicherweise? Oder können wir danach stationäre Verfahren anschließen? Wie geht es nach der Reha weiter? Es ist ja nicht jeder Patient auf jeden Fall dann genesen, sondern auch dann brauchen diese Patienten mitunter noch Unterstützung in vielfältigster und sehr individueller Weise. Deswegen ist es ganz entscheidend. Wir haben in Deutschland ein super Gesundheitssystem. Aber in meinen Augen, ich komme selbst aus der Akutmedizin, fehlt einfach die Vernetzung zwischen Akut- und Reha-Medizin, dass man von beiden Säulen profitiert und vor allem letztendlich auch die Patienten davon profitieren. Nicht zuletzt geht es auch darum, ob eine Wiedereingliederung in den Beruf möglich ist beziehungsweise, ob man Umsetzungen am Arbeitsplatz vornehmen kann. Um das so ein bisschen vorweg zu nehmen, wir haben hier bereits eine Studie, als Multi-Center-Studie mit der Universität Lübeck,



mit der Sozialmedizin angeschoben. Seit Februar dieses Jahres läuft die Rekrutierung und da geht es genau darum, wie effizient sind die Reha-Maßnahmen? Was hat das im Follow-up zu bedeuten? Wie sieht es aus mit Wiedereingliederung, mit beruflicher Reintegration, aber auch mit deren persönlichen Lebensumständen. Vielen Dank.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Dr. Vilser. Wir haben ja gerade über die jungen Patientinnen und Patienten gesprochen. Welchen besonderen Therapiebedarf sehen Sie bei von Long-Covid betroffenen Kindern und Jugendlichen? Unterscheidet sich dieser von gängigen, bisher bekannten Behandlungsmethoden für Erwachsene?

ESV Dr. Daniel Vilser: Frau Dr. Frommhold hat gerade schon gesagt, das, was ihr Sorgen macht sind die jungen Patienten. Aber wenn ich das fortführe, dann geht das natürlich auch Richtung Kinder und Teenager, die ein wirklich erhebliches Problem haben, wahrgenommen zu werden, weil sie oft initial nicht so schwer krank sind. Die Therapieoptionen die wir haben, sind aufgrund einer fehlenden kausalen Therapie natürlich limitiert wie bei den Erwachsenen. Das heißt, auch wir beschränken uns auf symptomatische Therapie, wir versuchen, die Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie zu etablieren. Wenn wir Organschäden finden, dann behandeln wir sie. Das Konzept ist ähnlich wie bei den Erwachsenen, nur muss man natürlich sagen, die Therapiekonzepte müssen auf die Altersgruppe zugeschnitten sein. Man kann jetzt also nicht einfach in eine Erwachsenen-Rehaklinik gehen und dort einen Dreijährigen hintun. Das wäre nicht richtig. Wir brauchen auch für die kleinen Kinder spezialisierte Zentren, spezialisierte Maßnahmen. Das wäre sehr wünschenswert. Ich kann an der Stelle auch nochmal betonen, wie komplex die Patienten sind. Ich kann dem Vertreter der GKV überhaupt nicht Recht geben, wenn gesagt wird, es ist in irgendeiner Art und Weise abgebildet. Für einen komplexen Herzfehler brauche ich einen Bruchteil der Zeit, um den einzuschätzen wie für die Long-Covid-Patienten. Das ist wirklich schwer und man wird dem nicht gerecht, wenn man sagt, aktuell ist das in den etablierten Strukturen möglich. Das ist es nicht.

Abg. Bettina Müller (SPD): Ich möchte auf den § 116c SGB V zurückkommen und meine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft richten. Wie bewerten Sie die Forderung eines neuen § 116c SGB V und die vorgesehene Einbeziehung des G-BA?

SV Bernd Metzger (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)):§ 116c, da liege ich eigentlich verhältnismäßig nah bei der GKV. Aus unserer Sicht ist das nicht zielführend, aber aus pragmatischen Gründen. Das dauert nämlich viel zu lange. Wenn Sie jetzt ein Gesetzgebungsverfahren in Gang bringen wollen, wird das vielleicht, wenn Sie großes Glück haben, im nächsten Frühjahr durch sein. Dann braucht der Gemeinsame Bundesausschuss nochmal rund ein Jahr bis zum Ausverhandeln einer Richtlinie. Das ist zu spät. Unsere Hilfe muss früher kommen. Insofern ist das nicht zielführend. Außerdem kann eine Richtlinie des Bundesausschusses nicht die ganzen verschiedenen Ausprägungen von Long-Covid erfassen. Das ist ja individuell sehr unterschiedlich und eine G-BA-Richtlinie kann nie das Behandlungsspektrum erweitern. Sie kann eigentlich immer nur das Behandlungsspektrum einengen, einschränken. Damit ist den Long-Covid-Patienten sicherlich nicht gedient. Also, aus unserer Sicht insgesamt nicht zielführend.

Abg. Lothar Rietsamen (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Gibt es relevante Unterschiede zwischen der Anerkennung einer Erkrankung als Arbeitsunfall oder Berufskrankheit nach der BK-Ziffer 3101 und hier speziell der Covid-19-Erkrankung?

SV Dr. Stephan Brandenburg (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)): Ich bin Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege, also der hauptbetroffenen Berufsgenossenschaft, hier heute aber als Sachverständiger für den Spitzenverband Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Es ist ein wichtiges Thema. Wir haben in unserer schriftlichen Antwort schon dargelegt, wir haben nicht nur Anerkennung als Versicherungsfall Berufskrankheit nach der von Herrn Abg. Rietsamen zitierten Ziffer der Berufskrankheitenverordnung, sondern auch



Anerkennung als Arbeitsunfall, inzwischen viele tausend Fälle. Deshalb ist natürlich die Frage, macht das jetzt einen Unterschied für die Versorgung der betroffenen Versicherten? Ich kann Ihnen hier sagen, bei Infektionskrankheiten und speziell bei dieser Art von Erkrankung, den Covid-Erkrankungen einschließlich ... [technischer Ausfall]

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Also meine Frage geht nochmal an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sie haben eben gesagt, Skepsis gegenüber §116c aus pragmatischen Gründen, weil das so lange dauert, bis man eine neue Leistung platziert hat. Wie würden Sie sich denn eine umfassende Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Long-Covid vorstellen? Vor allen Dingen auch, welche Rolle kommt dabei den Rehakliniken zu?

SV **Bernd Metziger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)):. Vieles ist schon gesagt worden. Das ganz wichtige Stichwort an der Stelle ist Netzwerk. Wir brauchen ein Netzwerk zur Behandlung von Covid, das je nach den Symptomen des Patienten auf diesen zugeschnitten ist. Wir brauchen die Vertragsärzte, insbesondere die Hausärzte auch als Koordinatoren des Behandlungsgeschehens. Wir brauchen natürlich Krankenhäuser, stationär genauso wie in spezialisierten Ambulanzen. Das wären dann diese Long-Covid-Kompetenzzentren. Wir brauchen Rehakliniken zur Fortsetzung der Therapie nach einer ersten Besserung in den Akutkrankenhäusern. Wir brauchen vor allen Dingen aber auch berufsübergreifend andere Mitarbeiter zur Therapie, nämlich Heilmittelerbringer zur Fortsetzung der Therapie auch nach der Reha. Und wir brauchen vor allen Dingen eine psychotherapeutische Begleitung während des gesamten Behandlungsablaufes. Das heißt, es geht nicht mit einem allein. Weder die Vertragsärzte allein noch die Krankenhäuser allein können das schaffen, sondern es muss in vernetzten Strukturen stattfinden. Die Rehakliniken haben da eine besondere Aufgabe insofern, als sie auch einleitend zuständig sind für die Therapie, die dann nach der Rehabilitation, nach der stationären Reha weiter fortgeführt werden muss. Da haben wir eine ganze Reihe von Dingen, die weiter stattfinden müssen, ambulante Reha oder aber Physiotherapie. All diese Dinge sind sehr wichtig für diese Patienten und deshalb, das Stichwort Vernetzung ist das wichtige.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V. Welche Therapiemöglichkeiten und -ansätze für Long-Covid-Patienten sind derzeit verfügbar, anwendbar, welche befinden sich in der Erforschung und wie ist der Stand bei der Erarbeitung von Leitlinien?

SV **Prof. Dr. Rembert Koczulla** (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)):. Sie sprechen ein Problem an, weil die Probleme, die nach Post-Covid, die Frau Dr. Frommhold beispielsweise schon zusammengefasst hat, sind vielfältig. Insofern ist es so, dass ich nicht eine generelle Therapie für alle Symptome und Symptomkomplexe, die im Nachgang vorhanden sein können, nennen kann. Wir müssen hier tatsächlich das Interdisziplinäre in den Vordergrund stellen und in Clustern denken. Das heißt, es gibt ein Lungen-Cluster mit Dyspnoe, mit Schlafstörungen, mit Husten, es gibt ein Neuro Cluster mit Kognitionsstörungen, mit neurologischen Ausfällen etc. und das pädiatrische Cluster, wo alles zusammenläuft siehe. Die Haus-, Allgemeinärzte, die ein erster Anlaufpunkt sein können, sprich, Ihre Frage ist mehrdimensional und kann sozusagen mit einem Therapieansatz nicht auf den Punkt gebracht werden. Sie haben die Frage zur Leitlinie und dem Erscheinen gestellt. Die Leitlinie ist relativ konsentiert, wird diese Woche noch einmal gegengelesen werden und kann dann ins Review gehen, wahrscheinlich nächste, übernächste Woche. Es kommt darauf an, wie viele Änderungen dementsprechend noch erforderlich sind. Wir hoffen, dass wir tatsächlich, wie auf der AWMF-Seite publiziert, jetzt im Juni die Leitlinie als Gesamtwerk liefern können. Von den initial vorgesehenen 20 bis 30 Seiten ist das Werk doch mittlerweile durch die vielfältigen Informationen, die noch eingeflossen sind, durch ständig nachkommende Studien, deutlich angewachsen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dr. Gibis. Die FDP fordert in ihrem Antrag, dass Ärzte beim Long-Covid-Syndrom entsprechende Leistungen durchführen können und das zu Lasten der GKV. Gibt es aus Ihrer Sicht Leistungen, die Ärzte beim Long-Covid-Syndrom durchführen müssten, es heute aber entweder gar nicht oder nicht zu Lasten



der GKV können oder anders gefragt, braucht es dafür Änderungen im SGB V? Gäbe es denn für den Gemeinsamen Bundesausschuss überhaupt etwas zu entscheiden in dieser Angelegenheit?

SV Dr. Bernhard Gibis (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir haben ja gerade gehört, dass das ganze Feld sich erst noch im Finden befindet. Eine Richtlinie, Leitlinie kommt jetzt erst raus. Wir haben ständig neuen Erkenntnisgewinn. Insofern ist es auch schwierig, hier schon Vorgaben zu machen, was Teil der Anamnese und der Behandlung werden sollte. Eines ist aber deutlich, aber nicht nur anhand von Covid, das ist der Faktor Zeit. Der Faktor Zeit wird nicht angemessen vergütet. Sich Zeit nehmen können für Patienten ist eine ganz schwierige Angelegenheit und insofern möchte ich Ihre Frage beantworten, ja, ich glaube, hier müssen wir auch neue Rahmenbedingungen schaffen, dass die Zeit auch wirklich aufgewendet werden kann, die diese Patienten brauchen, an allen Stellen, nicht nur in der ambulanten Versorgung, auch in den Hochschulambulanzen, auch in den Kliniken. Ich meine, dass unsere Versorgung vor allem durch Fragmentierung gekennzeichnet ist. An vielen Stellen passiert sehr viel. Ich habe da eine andere Auffassung, was den G-BA angeht. Ich glaube, es wäre schon sinnvoll, strukturierende Maßnahmen da einzuleiten, dass man sowas wie Zentren etabliert, dass man gestufte Versorgung aufbaut, wie kommunizieren die Versorgungsebenen hier miteinander. Wir haben hier die einmalige Chance, bei Beginn einer neuen Behandlungsform auch wirklich zu überlegen, wie können wir die Versorgung sinnvollerweise darauf ausrichten, auch wenn es Zeit braucht, auch wenn wir da Erkenntnisgewinn noch brauchen, glaube ich, ist die Variante über den G-BA Rahmensetzungen zu betreiben, sehr sinnvoll.

Abg. Dr. Roy Kühne (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Prof. Carmen Scheibenbogen. Zu Ihren Ausführungen habe ich noch eine konkrete Nachfrage. Gibt es einen Unterschied zwischen einem Fatigue im Rahmen eines Long-Covid-Syndroms und einem als myalgische Enzephalomyelitis (MEZFS beziehungsweise chronisches Fatigue-Syndrom bezeichnetem Krankheitsbild oder besteht gegenwärtig schon ein wissenschaftlicher Konsens, dass die Long-Covid-

Fatigue eine Form von ME/CFS ist? Können Sie bitte das Krankheitsbild nochmal ganz kurz erklären? Immerhin sind 250 000 Menschen allein nur in Deutschland betroffen.

ESVe Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen: Fatigue ist nur ein Symptom, ein Symptom ganz vieler Erkrankungen. Das chronische Fatigue-Syndrom, oder abgekürzt auch ME/CFS, ist eine eigenständige, ganz komplexe Erkrankung. Fatigue ist da nur ein ganz kleiner Teil davon. Das Hauptproblem dieser Erkrankung ist die schwere Belastungsintoleranz. Leichte Tätigkeiten, oftmals schon die alltäglichsten Dinge, führen oft zu einer ausgeprägten und tagelangen Zunahme aller Symptome. Dazu gehören schwere Schmerzen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, dazu gehören schwere kognitive Störungen, dazu gehören immer auch Kreislaufprobleme, die die Patienten entwickeln. Es ist vergleichbar mit dem Krankheitsbild, das wir auch nach anderen Infektionen kennen, zum Beispiel nach EBV (Epstein-Barr-Virus). Sie sagen richtig, wir hatten schon vor Covid etwa 250 000 Erkrankte. Da haben wir ganz viele Probleme, wir haben keine Versorgungsstrukturen bislang für diese Patienten. Diese Patienten wurden jahrzehntelang falsch eingeordnet, als psychisch krank im Sinne eines Burn out oder Depression. Wir haben daher auch bislang keine Medikamente für die gezielte Behandlung. Die Mechanismen sind nicht gut erforscht und wir werden, wahrscheinlich infolge von Covid, Ende des Jahres, ich fürchte, 100 000 weitere Patienten mit diesem schweren Krankheitsbild haben.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage geht ebenfalls wieder an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Lehmann. Sie haben vorhin schon berichtet, dass hauptsächlich Frauen oder zu zwei Dritteln Frauen, von Long-Covid-Fällen betroffen sind. Diesbezüglich hätte ich noch eine weitere Frage. Wie stark sind eigentlich junge Erwachsene mit milden Krankheitsverläufen betroffen?

ESVe Prof. Dr. Clara Lehmann: Diese Frage kann ich leider nicht konkret beantworten. Das ist ja das ganze Problem der Studien, die sehr unterschiedlich sind. Was wir aber jetzt auch aus der Diskussion schon auch gehört haben von den Kolleginnen



und Kollegen, die auch Patienten betreuen, das was wir hier auch sehen, es sind vor allen Dingen junge Menschen, also zwischen 20, 25 und 50, die keine Vorerkrankungen haben, die eigentlich fit waren vor der Erkrankung. Das ist genau das, was man erarbeiten muss in den Gesprächen, weil es eine klinische Einordnung ist. Das ist genau die Frage, die wir in den nächsten Monaten beantworten müssten, innerhalb von Kohorten, von Beobachtungsstudien, auch von Registerstudien, um genau diese Frage zu beantworten. Es ist jetzt viel zu früh, um das genau einordnen zu können.

Abg. **Andreas Wagner** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Schöning. Die Verunsicherung in Bezug auf Long- und Post-Covid ist groß. Fühlen sich die Betroffenen aus Ihrer Sicht gut informiert? Und haben Sie den Eindruck, dass Hausärzte und Hausärztinnen genug informiert sind? Wie schätzen Sie die Informationspolitik des Bundesministeriums für Gesundheit, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des RKI diesbezüglich ein?

SV **Simon Schöning** (Long Covid Deutschland): Ja, das sind leider meine kognitiven Einschränkungen als Long-Covid-Patient. Ich bitte, diese zu entschuldigen. Bis heute gibt es kein einheitliches Informationsangebot zu Long-Covid in Deutschland, weder von institutioneller noch von staatlicher Seite. Hausärzt*Innen sind nicht informiert. Das, was wir von unseren Betroffenen hören, ist, dass die Verharmlosung von Symptomen, fehlende Anerkennung und pauschale psychosomatische Diagnosen weiterhin mit das größte Problem darstellen. Also wir haben bisher weiterhin keine Leitlinien. Wir fordern Long-Covid-Leitlinien. Wir fordern auch, dass diese laufend angepasst und überarbeitet, zusammen mit Patient*Innengruppen erarbeitet werden. Ein besonderer Fokus unserer Ansicht nach, und da schließe ich mich nochmal an das an, was Frau Prof. Dr. Scheibenbogen gesagt hat, muss der Fokus auf die chronische Fatigue und den therapeutischen Umgang damit sein, insbesondere in dem Zusammenhang auch die Belastungstoleranz. Das ist etwas, womit Patient*Innen schwer umgehen können und auch bei vielen niedergelassenen Ärzten gibt es oftmals kein Wissen darüber. Ich denke, man muss sich diese Dringlichkeit nochmal vor Augen führen. Wir sprechen von bis zu

100 000 schwerkranken, vor allem auch jungen Menschen, die primär, und das wissen wir aus der statistischen Auswertung, primär im Gesundheitswesen und im Erziehungswesen tätig waren, die nicht mehr oder nur noch eingeschränkt arbeitsfähig sind. Gesellschaftlich in Deutschland stehen wir da vor einem großen Problem, denn das sind Sektoren, die sich durch einen chronischen Personalmangel auszeichnen. Das können wir nicht einfach ignorieren. Da muss es dringend mehr Vorhaben geben zur zielgerichteten Therapie, insbesondere zum chronischen Fatigue-Syndrom. Das ist etwas, was wir bis heute nicht haben. In diesem Zusammenhang unterstützen wir die Forderung von FDP und DIE LINKE., ein bundesweites Long-Covid-Register zu erstellen, auch im Rahmen einer besseren Informationspolitik des Bundes. Wir fordern außerdem die Erstellung beziehungsweise die Einrichtung einer Long-Covid-Arbeitsgruppe durch den Gesundheitsausschuss, um hier ein einheitliches, bundesweites und umfassendes Informationsangebot zu schaffen.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Scheibenbogen. Nochmal anschließend an das, was Herr Schöning gerade gesagt hat, dass jetzt endlich auch größeres Augenmerk auf ME/CFS gelegt wird. Was glauben Sie, was jetzt aktuell für M/CFS-Erkrankte zu tun ist und wie diese Aufmerksamkeit jetzt zu deren Gunsten genutzt werden kann? Glauben Sie, es gibt die Chance, von beiden Krankheitsbildern, Long-Covid und chronische Fatigue, hier gemeinsame Erkenntnisse zu gewinnen, die wechselseitig von Nutzen sein können? Wie würde das aussehen können?

ESVe **Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen**: Zu der Frage, wie sich die Erkrankungen gemeinsam in besseren Erkenntnisgewinn umsetzen lassen, ja, es ist eine große Chance jetzt. Wir haben es mit einem sehr einheitlichen Krankheitsbild zu tun, was den Auslöser und den Zeitpunkt angeht. Das heißt, wir können an solchen Kohorten wahrscheinlich erwarten, dass, wenn wir Forschung machen, wir eindeutige Ergebnisse bekommen. Was unsere bisherigen Erfahrungen mit dem postinfektiösen CFS angeht, so haben wir zumindest Konzepte, wie man diese Patienten symptomorientiert versorgen



kann. Wir entwickeln auch gerade Reha-Strukturen. Wir haben über G-BA-Innovationsfonds eine Förderung bekommen und werden auch Reha-Konzepte umsetzen. Das beginnt Ende des Jahres, dieses Programm. Da werden wir natürlich auch Patienten mit CFS nach Covid einschließen. Ich kann aber nur nochmal dringend appellieren. Wir haben bislang in keinster Weise ausreichende Versorgungsstrukturen für Patienten mit CFS. Da brauchen wir auf allen Ebenen verbesserte Strukturen. Das heißt, wir brauchen dringend Zentren, wo diese Patienten zur Diagnose hingehen können und die Therapieempfehlungen, die dann die Hausärzte umsetzen müssen. Die Hausärzte haben bislang nicht ausreichend Möglichkeiten. Es gibt da keine Sonderpauschalen, keine Disease-Management-Programme für diese komplexen und schwerkranken Patienten. Das Ergebnis daraus ist, dass viele Patienten überhaupt keine adäquate Betreuung haben. Viele Patienten sagen mir, sie haben Hausärzte, die sagen einfach, ich kenne mich mit der Erkrankung gar nicht aus, ich weiß nicht, was ich tun kann. Da müssen wir auch ansetzen. Wir brauchen auch dringend klare Leitlinien. Ich rede seit vielen Jahren zum Beispiel mit der DEGAM, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, dass man endlich in dieser Leitlinienmühle auch vernünftige Konzepte ergänzt, wie man CFS diagnostiziert und behandelt. Das braucht man auch nicht neu erfinden. Wir haben gerade die europäischen Leitlinien veröffentlicht von dem europäischen Netzwerk, an dem ich auch mitarbeite. Das müsste man einfach erst einmal übernehmen und übersetzen. Damit hätte man schon einen ersten Schritt getan. Und dann am Ende, wir müssen dringend Forschung machen, wir brauchen die pharmazeutische Industrie mit im Boot, weil wir möchten Medikamente entwickeln. Es gibt da auch schon Anfangskonzepte, welche Medikamente sinnvoll sind, in klinischen Studien zu prüfen, denn am Ende wollen wir diese Patienten heilen und nicht langzeitchronisch versorgen müssen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe nochmal eine Nachfrage an die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Herrn Prof. Brandenburg. Wenn eine Covid-19-Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt worden ist, haben die Betroffenen dann auch Ansprüche für damit in Zusammenhang

stehende Langzeitfolgen einer Covid-Erkrankung, zum Beispiel Herzerkrankungen, als Folge von Covid, gegen die gesetzliche Unfallversicherung?

SV **Dr. Stephan Brandenburg** (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)): Ich hatte ja vorher schon über die Anerkennung als Versicherungsfall gesprochen, habe Leistungen erwähnt. Aus dem konnten Sie schon so ansatzweise entnehmen, dass es wohl gerade auch um Langzeitfolgen von Versicherungsfällen geht, wenn die gesetzliche Unfallversicherung zuständig ist. Das ist auch so. Das ist unsere wesentliche Aufgabe und deshalb kann ich uneingeschränkt antworten, jede, aber jede auch noch so lang in der Zukunft erst eintretende Folge eines einmal anerkannten Versicherungsfalles fällt in den Leistungszusammenhang der gesetzlichen Unfallversicherung und wir haben uns darum zu kümmern. Das ist ganz wichtig natürlich für das Thema Long-Covid. Vor allem es spielt auch keine Rolle, wie schwer initial das Krankheitsbild war. Auch wenn erst gar keine Krankheitsfolgen da waren und die erst nach Jahren auftreten, wenn die wissenschaftliche Erkenntnis da ist, dass es da einen Zusammenhang gibt, dann sind wir auch zuständig. In dem Zusammenhang erlauben Sie mir bitte, weil das so ist, haben wir für unser System Versorgungsstrukturen so gut wir das können, geschaffen, weil jetzt, jetzt müssen wir uns um diese Versicherten kümmern. Sie haben die Zahlen gesehen von der BGW (Gesetzliche Unfallversicherung für nichtstaatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege) und von der DEGUV. Das sind auch einige zigtausend anerkannte Versicherungsfälle. Wir haben die Strukturen unserer BG-lichen Kliniken. Die sind nicht nur für Unfallverletzte da. Das sind hochkomplexe Krankenhäuser, die vernetzt sind mit Universitätskliniken. Darüber haben wir Versorgungsstrukturen aufgebaut, wo wir über unser Reha-Management – Sie müssen nämlich erstmal die Versicherten ansprechen, Sie müssen merken, wer hat denn ein Problem – wo wir sie dann wirklich gut diagnostizieren und therapieren können. Für uns ist das wichtig. Wir schulden eine optimale Erstversorgung, aber auch Rehabilitation. Was wir auch getan haben, ist, dass wir auch eine Registerstudie über unser Haus, über die BGW fördern, wo wir sagen, alles das, was wir da jetzt über diese Versorgungsstrukturen lernen werden, werden wir auch wissenschaftlich auswerten. Aus unserer



Sicht hat das nicht viel Zeit, so etwas auf den Weg zu bringen. Man sollte das zügig machen. Wir sind vernetzt mit diversen Einrichtungen, zum Beispiel auch der Klinik, die von Frau Dr. Frommhold geleitet wird, weil uns das so wichtig ist, dass wir hier zusammenarbeiten, unsere Kenntnisse zusammentragen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Scheibenbogen. Können Sie uns noch einmal die Altersstruktur der von Covid-Langzeitfolgen betroffenen Patient*Innen erläutern und gibt es spezifische Symptome je Altersgruppe? Halten Sie spezialisierte Angebote für Kinder und Jugendliche für notwendig? Des Weiteren möchte ich noch bitten, ob Sie uns sagen können, ob wir eine gewisse Verdrängung zu befürchten haben, der jetzt schon an ME/CFS Erkrankten gegen die Erkrankten mit Long-Covid?

ESVe **Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen**: Ja, bei der Altersstruktur muss man sich, glaube ich, zunächst mal die Patienten anschauen, die nicht bei uns stationär lagen. Um die geht es ja vor allem. Die älteren Patienten, die teilweise auf Intensivstationen lagen, die haben natürlich ganz andere Probleme. Bei den Jüngeren mit den Long-Covid-Langzeitfolgen handelt es sich überwiegend um unter 60-Jährige. Ich kann auch bestätigen, es sind überwiegend Frauen. Wenn wir uns die anschauen, die besonders krank sind, die wir auch vor allem gesehen haben, von denen viele das Vollbild von ME/CFS, also dem chronischen Fatigue-Syndrom, haben, ist die Altersstruktur unserer Patienten zwischen 25 und 50 Jahren. Wir wissen, dass Kinder und Jugendliche auch an Long-Covid erkranken. Sie tun das seltener. Ich weiß von meiner Kollegin, Frau Prof. Dr. Behrens in München, die dort eine Sprechstunde hat mit CFS für Kinder, dass sie auch Jugendliche schon sieht, die CFS entwickeln nach Covid. Wir haben sicher dort nicht ganz so viele Erkrankte, aber es ist natürlich besonders tragisch, wenn junge Menschen erkranken. Verdrängungseffekt? Nun, es gab vorher schon kaum Strukturen für an ME/CFS Erkrankte. Insofern ist da kaum noch etwas zu verdrängen. Es ist aber so, dass wir die wenigen, die sich in der Vergangenheit um diese Patienten gekümmert haben, dass die natürlich nun auch eingebunden sind zusätzlich durch die vielen

Neuerkrankten an ME/CFS nach Covid. Das betrifft vor allem auch die Patientenorganisationen, die es schon gibt und die da eine ganz tolle Arbeit bislang geleistet haben, um Patienten zu informieren und auch sehr viel politische Arbeit schon leisten, die Deutsche Gesellschaft für ME/CFS, die lost-voices-Stiftung, Fatigatio e. V., um die zu nennen. Die kommen alle jetzt auch an ihre Grenzen. Ich kann es nur immer wieder betonen, wir müssen unbedingt Versorgungsstrukturen schaffen für diese Menschen. Die sind schwerkrank und wir haben aber eine gute Chance, wenn wir das Krankheitsbild besser versorgen und verstehen, denen auch gut zu helfen und wahrscheinlich auch viele zu heilen. Ich denke, wir brauchen auch dringend einen runden Tisch mit der pharmazeutischen Industrie. Die sind am Ende diejenigen, die Medikamente entwickeln. Wir müssen nochmal rübergucken in andere Länder, zum Beispiel in die USA, die haben jetzt über eine Milliarde Euro für die Erforschung von Long-Covid freigegeben. Wir brauchen wenigstens einen Bruchteil davon, um anschlussfähig zu sein. Es geht ja auch darum, dass wir die Chance haben, jetzt hier Medikamente zu entwickeln, wenn wir uns mal anschauen, was wir geleistet haben bei der Impfstoffentwicklung. Auch hier hat es ja schließlich durchaus auch vielleicht nicht nur Versorgungsaspekte, sondern auch in der onkologischen, wenn wir uns da jetzt auch nicht.....

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Sie geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herr Dr. Gibis. Eben hat Frau Prof. Dr. Scheibenbogen auf das europäische Netzwerk Leitlinien hingewiesen. Ich würde gern von Ihnen erfahren, welche Erfahrungen aus anderen Ländern gegebenenfalls für die Behandlung von Long-Covid-Patientinnen und -Patienten von Gewicht sein könnten?

SV **Dr. Bernhard Gibis** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir haben uns das eingehend angeschaut, auch was CDC (Center for Disease Control and Prevention) und die anderen internationalen Organisationen hier veröffentlicht haben. Hier wird deutlich, dass eine gestufte Versorgung, die beim Hausarzt anfängt und die bis in das Zentrum reicht, eine überwiegend ambulante Versorgung ist. Ich glaube, gerade der Moment Leitlinien-



entwicklung ist sehr eminent wichtig, Fortbildungen, entsprechende Vergütungspositionen und all das, was da dranhängt, gehen von vernünftigen Leitlinien aus. Insofern glaube ich, sollten wir uns da aus Deutschland auch in die internationale Leitlinienentwicklung mit einbringen und nicht nur profitieren von den anderen Ländern, die hier entsprechend gute Vorarbeiten leisten.

Der **Vorsitzende**: Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich darf mich bei allen Akteuren ganz herzlich bedanken und ich glaube, das Thema wird uns noch einige Zeit beschäftigen, nicht nur Long-Covid, sondern auch die Fragen rund um das Fatigue-Syndrom. Ich wünsche einen angenehmen Nachmittag und ich denke, wir werden uns die nächsten Tage weiter regelmäßig sehen. Ich schließe die Sitzung und wünsche auch den Sachverständigen alles Gute.

Schluss der Sitzung: 14:00 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender