

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Drucksache 20/3047 –

Long-COVID – aktuelle Situation in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Der Bundesminister für Gesundheit, Dr. Karl Lauterbach, warnt aktuell, mit Long-COVID käme „wirklich etwas auf uns zu“. Etwa einer von hundert SARS-CoV-2-Infizierten sei betroffen. Es gäbe „nicht genügend spezialisierte Ärzte, nicht genügend Behandlungsplätze, wir haben noch keine Medikamente“ (<https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-long-covid-lauterbach-arbeitsmarkt-100.html>).

Anlässlich einer öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 7. Juni 2021 (https://www.bundestag.de/resource/blob/847670/572bac773d2675e35d9176a3ad304a88/174_07-06-2021_Long-Covid-data.pdf) führte die Sachverständige Dr. Jördis Frommhold aus, man müsse zwischen drei Gruppen von Corona-Infizierten unterscheiden, nämlich erstens „Patienten mit sehr milden Akutverläufen, die dann auch wirklich genesen sind“ und zweitens „Patienten mit einem klinisch sehr schweren Akutverlauf, Langzeitbeatmung, Intensivpflichtigkeit und so weiter“, die weiterhin Einschränkungen neurologischer und respiratorischer Art hätten, Symptome, die „noch so ein bisschen zum Akutverlauf dazugehören, wie wir sie eben auch bei anderen intensivpflichtigen Patienten sehen“. Die Sachverständige nannte sie „Post-Covid-Symptome“ (ebd.). Die dritte Gruppe sei die der Patienten mit einem häufig milden bis moderaten Akutverlauf, die mit einer Latenz erneut Symptome (Fatigue-Symptomatik oder neurologisch-kognitive Einschränkungen im Sinne von Wortfindungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Reizüberflutung) entwickelten (ebd.). Die Patienten seien zwischen 20 bis 50 Jahre alt, zwei Drittel seien Frauen und ein Drittel Männer (ebd.). Diese Beschwerden bezeichnete die Sachverständige als „Long-Covid-Symptome“ (ebd.).

Das Robert-Koch-Institut (RKI) veröffentlichte diesbezüglich folgende Definitionen: „Die bereits Ende 2020 veröffentlichte Leitlinienempfehlung des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) definiert ‚Long COVID‘ als gesundheitliche Beschwerden, die jenseits der akuten Krankheitsphase einer SARS-CoV-2-Infektion von vier Wochen fortbestehen oder neu auftreten. Als Post-COVID-Syndrom werden Beschwerden bezeichnet, die noch mehr als 12 Wochen nach Beginn der SARS-CoV-2-Infektion vorhanden sind und nicht anderweitig erklärt werden können. Somit umfasst

„Long COVID“ sowohl im Anschluss an eine akute COVID-19-Erkrankung 4 bis 12 Wochen nach Symptombeginn noch bestehende Symptome als auch das „Post-COVID-19-Syndrom“. Auch die deutsche S1-Leitlinie zu Post-COVID/Long-COVID der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nimmt eine zeitliche Abgrenzung in Anlehnung an NICE vor, benennt jedoch als weitere mögliche Manifestation von Long COVID/Post COVID auch die Verschlechterung vorbestehender Grunderkrankungen“ (https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Long-COVID_Definition.html).

Neurologische Langzeitfolgen sind auch nach Grippeinfektionen sowohl beim Tier (<https://www.tu-braunschweig.de/zoology/aktuelles-1>) als auch beim Menschen (<https://readersdigest.de/de/gesundheit/medizin-news/item/grippe-schwaecht-das-gedaechtnis>) bekannt.

1. Verwendet die Bundesregierung eine bestimmte Definition von Long-COVID, und wenn ja, welche ist dies?

Die Bundesregierung legt die in der S1-Leitlinie dargelegte Definition zugrunde.

2. Auf welchen Daten beruht die quantitative Einschätzung der Bundesregierung, etwa 1 Prozent aller Corona-Infizierten entwickle Long-COVID (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Prävalenzschätzungen, die von einem Anteil von 1 Prozent Long-COVID-Fällen unter allen SARS-CoV-2-Infizierten ausgehen, entstammen einer Sonderauswertung der Techniker Krankenkasse (TK) zu Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Long-COVID. Die Daten beziehen sich auf versicherte Erwerbstätige (<https://www.tk.de/resource/blob/2129682/70045874c0f603398581fe24de20219f/tk-gesundheitsreport-2022-schwerpunkt-long-covid-data.pdf>).

Aufgrund der in der TK-Studie gewählten Methodik ist davon auszugehen, dass die Prävalenzschätzung von 1 Prozent ein Minimalwert ist und die Häufigkeit von Long-COVID in der Gesamtbevölkerung noch höher liegt.

3. Wie viele SARS-CoV-2-Infizierte entwickeln nach Kenntnis der Bundesregierung welche Long-COVID-Symptome, und wie lange halten diese jeweils durchschnittlich an (bitte nach Virusvariante, Symptomatik, Patientenalter – zumindest für Kleinkinder, Schulkinder, junge Erwachsene bis 30 Jahre, 30- bis 50-Jährige, über 60- und über 80-Jährige, Dauer der Symptome – aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine gesicherten Erkenntnisse vor. Die diesbezügliche Datenlage ist weiterhin unvollständig und heterogen. Grundsätzlich zeigen die bisher verfügbaren Daten aber, dass die Häufigkeit von Long-COVID-Symptomen bei Erwachsenen mit einem Krankenhausaufenthalt infolge einer COVID-19-Erkrankung deutlich höher liegt als bei Erwachsenen mit milden oder wenig symptomatischen Verläufen. Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen wird ein Rückgang der Symptombelastung über die Zeit beobachtet.

Darüber hinaus gibt es erste Hinweise darauf, dass sich die Häufigkeit von gesundheitlichen Langzeitfolgen je nach Virusvariante unterscheiden könnte.

4. In welchem zahlenmäßigen Verhältnis stehen nach Kenntnis der Bundesregierung die Long-COVID-Symptome zu entsprechenden Folgesymptomen bei anderen akuten Infektionskrankheiten wie z. B. Grippe und Zuständen nach intensivmedizinischer Behandlung aus anderen Gründen (bitte nach Virusvariante, Symptomatik, Patientenalter – zumindest für Kleinkinder, Schulkinder, junge Erwachsene bis 30 Jahre, 30- bis 50-Jährige, über 60- und über 8-Jährige, Dauer der Symptome – aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine gesicherten Erkenntnisse vor. Aktuelle Studien lassen jedoch vermuten, dass gesundheitliche Langzeitfolgen nach einer SARS-CoV-2-Infektion insgesamt häufiger auftreten und länger anhalten als beispielsweise in Zusammenhang mit einer Influenza-Infektion.

5. Welche Behandlungsmöglichkeiten fehlen für welche Patienten bei der Behandlung von Long-COVID-Symptomen bzw. drohen zukünftig zu fehlen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
6. Unternimmt die Bundesregierung derzeit Anstrengungen, um die nach eigenen Aussagen fehlenden Behandlungsmöglichkeiten von Long-COVID-Symptomen zu schaffen, und wenn ja, welche (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Die Fragen 5 und 6 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung von Long-COVID-Patientinnen und -Patienten ist ein wichtiges politisches Anliegen. Primäre Ansprechpartnerinnen bzw. -partner für diese Patientinnen und Patienten sind in der Regel Hausärztinnen und Hausärzte. Diese bilden gemeinsam mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten gute Netzwerke, die eine interdisziplinäre, ambulante Versorgung sicherstellen können. Für schwere oder komplexe Long-COVID-Fälle stehen interdisziplinäre Spezialambulanzen insbesondere an Hochschulkliniken zur Verfügung, die Aufgaben sowohl in Forschung als auch Versorgung übernehmen.

Die Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 15. Mai 2022 (<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2040048/feffdcc21a9892def37df142e4feb9b6/9-stellungnahme-long-covid-data.pdf?download=1>) betont die zukünftig anstehenden Herausforderungen und Belastungen der Gesellschaft sowie des Gesundheits- und Sozialversicherungssystems durch Long/Post-COVID. Es wird beispielsweise die Etablierung flächendeckender, intersektoraler und interdisziplinärer Versorgungsstrukturen für Betroffene aller Altersgruppen empfohlen. Zudem wird eine enge Verzahnung ambulanter und klinischer Versorgungsstrukturen mit konsentierten Qualitätskriterien in der Behandlung von Long/Post-COVID-Betroffenen empfohlen.

Die Bundesregierung verfolgt entsprechend dieser Stellungnahme Ansätze zur Kompetenzbündelung und Netzerkennung und wird die Entwicklung der Versorgungslage weiter aufmerksam beobachten und soweit möglich helfen, sie weiter zu verbessern. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung den unter Landesaufsicht stehenden Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt und dass der Auftrag zur Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung bei den Ländern liegt.

Der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien sieht die Schaffung eines deutschlandweiten Netzwerks von Kompetenzzentren und interdisziplinären Ambulanzen für Long-COVID und ME/CFS vor. Das Bundesministerium für

Gesundheit wird gemeinsam mit relevanten Akteurinnen und Akteuren sowie ressortübergreifend diese Vereinbarung des Koalitionsvertrages umsetzen.

Die Rehabilitationsträger wirken grundsätzlich darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen. Die Deutsche Rentenversicherung als größter Träger betreibt eigene Rehabilitationseinrichtungen und belegt Vertragseinrichtungen, die die Folgewirkungen von Post-/Long-COVID im Rahmen ihrer jeweiligen Indikationen behandeln. Belegt werden von der Rentenversicherung 3.000 Fachabteilungen in über 1.000 Rehabilitationseinrichtungen. Die gesetzliche Unfallversicherung betreibt ebenfalls eigene Akut- und Rehaeinrichtungen und belegt Vertragseinrichtungen.

Grundsätzlich können – je nach führender Symptomatik – alle Rehabilitationseinrichtungen Menschen nach COVID-19 rehabilitieren. Bei der Rehabilitation der Rentenversicherung oder gesetzlichen Unfallversicherung geht es nicht um die verursachende Erkrankung, sondern um die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen. Zudem bieten zahlreiche Einrichtungen spezifische Long-COVID-Rehabilitationen an. Einige dieser Einrichtungen sind beispielsweise im Einrichtungsverzeichnis der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gelistet (<https://www.bar-frankfurt.de/service/datenbanken-verzeichnisse/reha-einrichtungsverzeichnis/rehastuetten-suche.html>).

Für die gesetzliche Unfallversicherung hat der Klinikverbund der BG-Kliniken ein medizinisches Maßnahmenpaket entwickelt, das allen Versicherten der Unfallversicherung offensteht, die an den Folgen einer berufsbedingten COVID-19-Erkrankung leiden. Über die Inhalte des Programms wird im Internet informiert (<https://www.bg-kliniken.de/post-covid-programm/>).

Insbesondere nach Auskunft der Deutschen Rentenversicherung Bund können Betroffenen, die nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 Funktionsbeeinträchtigungen und damit Rehabilitationsbedarf haben, regelmäßig Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe angeboten werden. Längere Wartezeiten bestünden nur, wenn spezifische Rehabilitationseinrichtungen von den Betroffenen im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts gewünscht werden.